

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, ESTILOS DE
VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADOLESCENTES DEL
CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA PUNO -
2017**

TESIS

PRESENTADO POR

CARMEN DANYS NOBLEGA REINOSO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA PUNO - 2017



PRESENTADA POR:

CARMEN DANYS NOBLEGA REINOSO

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE:

Mg. LUZ MARINA CABALLERO APAZA

PRIMER MIEMBRO:

Enf. MARIA DE LA PAZ CHOQUE DE CALMET

SEGUNDO MIEMBRO:

M.Sc. JULIA BELIZARIO GUTIERREZ

DIRECTOR / ASESOR:

Dra. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA

Área : Salud del niño, escolar y adolescente

Tema : Crecimiento y desarrollo escolar y adolescente

Fecha de sustentación: 31 de diciembre de 2018

DEDICATORIA

A Dios por haber sido mi motor y guía en toda esta etapa le estoy infinitamente agradecida pues me a dado vida y salud, perseverancia y paciencia en todo momento.

A mis amados hijos Jhosse y Joaquín, quienes con su amor y cariño me inspiran a ser mejor cada día y sobre todo por ser quienes me impulsan a lograr mis sueños.

A mis amados padres Gustavo y Blanca, con todo mi cariño y amor para ellos por su apoyo y motivación, para alcanzar mis objetivos, a ustedes por siempre mi respeto y admiración.

A mi esposo José Luis, por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis queridos hermanos y sobrinos que me apoyaron en todo momento de manera incondicional para lograr mis objetivos trazados, mi enorme agradecimiento.

Gracias por todo el aprecio y cariño.

Carmen Danys

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, en especial a la Facultad de Enfermería por su acogida, como también a los docentes por compartirme sus conocimientos, quienes contribuyeron en mi formación académica.

A mi directora y asesora de tesis, Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, con mucho cariño y respeto por haber aceptado guiarme en esta etapa, por haber compartido sus conocimientos conmigo y por sus constantes incentivos para la conclusión de la investigación.

A los miembros del Jurado Calificador: Mg. Luz Marina Caballero Apaza, Enf. Maria de la Paz Choque de Calmet, M.Sc. Julia Belizario Gutierrez, les agradezco de forma especial por sus sugerencias y aportes en la culminación de la presente investigación.

Al personal del Centro Educativo Parroquial La Inmaculada Puno, quienes desde un principio mostraron interés en la presente investigación, gracias por haberme brindado las facilidades necesarias, por su apoyo moral y psicológico durante el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A todos ellos, gracias por permitirme conocerlos.

Carmen Danys

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE TABLAS	7
ACRÓNIMOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO II.....	14
REVISIÓN DE LITERATURA	14
2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	14
2.1.1. IMAGEN CORPORAL.....	14
2.1.2. AUTOPERCEPCIÓN	15
2.1.3. AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.....	15
2.1.4. IMAGEN CORPORAL DURANTE LA ADOLESCENCIA	17
2.1.5. PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL.....	18
2.1.6. ESTILOS DE VIDA.	19
2.1.7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	20
2.1.8. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADOLESCENTE	22
2.1.9. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	24
2.1.10. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	26
2.1.11. NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS ADOLESCENTES	28
2.1.12. ADOLESCENCIA.....	31
2.2. ANTECEDENTES.....	45
CAPITULO III.....	52
MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	52
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	52

3.2. UBICACION DE LA INVESTIGACION.....	52
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
3.3.1. Población	52
3.3.2. Muestra	53
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION	54
3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.6. PROCESAMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS	58
CAPITULO IV	59
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59
4.1. RESULTADOS.....	59
4.2. DISCUSIÓN.....	66
V. CONCLUSIONES.....	79
VI. RECOMENDACIONES.....	80
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	81
ANEXOS.....	84

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO	59
TABLA N° 02: ESTILOS DE VIDA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA E INACTIVIDAD DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO.....	60
TABLA N° 03: ESTILOS DE VIDA SEGÚN RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO....	61
TABLA N° 04	62
ESTILOS DE VIDA SEGÚN HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO.	62
TABLA N° 05	63
ESTILOS DE VIDA SEGÚN SUEÑO Y DESCANSO DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO	63
TABLA N° 06	64
ESTILOS DE VIDA DE LAS ESTUDIANTES	64
TABLA N° 07	65
ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO.....	65

ACRÓNIMOS

IMC: Índice de Masa Corporal

TCA: Trastornos de conducta alimentaria

DE: Desviaciones estándares

UGEL: Unidad de gestión educativa local

EDI: Inventario de Desórdenes Alimenticios

RESUMEN

La adolescencia, es un periodo de la vida donde ocurren diversos cambios en el organismo, en el cual la adolescente empieza a preocuparse de su peso y la forma de su cuerpo, esto debido a la gran influencia sociocultural sobre la delgadez que conlleva a realizar diversas acciones, tales como dejar de comer, realizar ejercicios excesivos para bajar de peso poniendo en riesgo su salud. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la autopercepción de la imagen corporal, estilos de vida y el estado nutricional de las adolescentes del Centro Educativo Parroquial la Inmaculada de la ciudad de Puno, el estudio realizado es de tipo descriptivo, de corte transversal simple y la población estuvo constituida por estudiantes adolescentes del sexo femenino que cursaron el 2017 del 1ro al 5to año de educación secundaria, ascendiendo a un total de 360 adolescentes, y la muestra estuvo constituida por 175 adolescentes según la fórmula, que cumplen los criterios de inclusión.

La técnica utilizada fue la encuesta de observación y los instrumentos fueron: Ficha de registro para el índice de masa corporal y para el estado nutricional la observación y la medición antropométrica peso, talla y edad, para los estilos de vida se utilizó la escala que fue contruido por Arrivillaga, Salazar y Gómez el cuál consta de 42 preguntas en 4 dimensiones, para así mismo determinar la autopercepción de la imagen corporal se utilizó el test de autopercepción que consiste en una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard modificado por Collins. Para el análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva. Como resultado de la ejecución de la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados: En cuanto a la autopercepción de la imagen corporal el 49.1% de las estudiantes sobre estimaron su imagen corporal; se identificó que el 41.1% de los estudiantes presentan estilos de vida poco saludables, no saludables 14.9%, el 35.4% saludables y sólo el 8.6% de los adolescentes presentan estilos de vida muy saludables. Respecto al estado nutricional el 58.3% de los estudiantes se encuentran normales, el 18.9% sobre peso, el 15.4% delgadez y el 7.4% se encuentran con obesidad.

Palabra claves: Autopercepción, imagen corporal, estilos de vida, estado nutricional, adolescentes

ABSTRACT

Adolescence is a period of life where various changes occur in the organism, in which the adolescent begins to worry about her weight and the shape of her body, this due to the great sociocultural influence on the thinness that leads to perform various actions, such as stop eating, perform excessive exercises to lose weight putting your health at risk. The objective of the present study was to determine the self-perception of the body image, lifestyles and nutritional status of the adolescents of the Immaculate Parochial Educational Center of the city of Puno, the study is descriptive, of simple cross-section and the The population was constituted by female adolescent students who attended 2017 from the 1st to 5th year of secondary education, totaling 360 adolescents, and the sample consisted of 175 adolescents according to the formula, who met the inclusion criteria.

The technique used was the observation survey and the instruments were: Record of registration for the body mass index and for the nutritional status the observation and the anthropometric measurement weight, height and age, for the lifestyles we used the scale that was built by Arrivillaga, Salazar and Gómez, which consists of 42 questions in 4 dimensions, to self-assess the body image, the self-perception test was used. It consists of an adaptation of the method proposed by Stunkard and Stellard modified by Collins. For the data analysis, descriptive statistics were used.

As a result of the execution of the present investigation, the following results were obtained: Regarding self-perception of body image, 49.1% of students rated their body image; It was identified that 41.1% of students have unhealthy, unhealthy lifestyles 14.9%, 35.4% healthy and only 8.6% of adolescents have very healthy lifestyles. Regarding nutritional status, 58.3% of students are normal, 18.9% are overweight, 15.4% are thin and 7.4% are obese.

Key Words: Self-perception, body image, lifestyles, nutritional status, adolescents

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un periodo de cambios y transformaciones tanto fisiológicas, como psicológicas y cognitivas, la cual inicia aproximadamente a los 12 años y culmina a los 21 años de edad, periodo de la vida en donde comienza una transición entre la niñez y la vida adulta. (1)

En los últimos años, importantes cambios, se han observado a nivel mundial en los estilos de vida de la población, en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados; esto ha traído consigo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, los cuales conlleva al incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como el sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las mismas que han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida.

Es en esta etapa del adolescente en la cual el desarrollo psicosocial influye de manera directa en sus elecciones de alimentos y bebidas a consumir, en donde muchas veces no son nutricionalmente adecuados ya que el aporte calórico es alto y bajo en nutrientes básicos para la salud; aunado a la independencia propia que el adolescente va adquiriendo; la cual se ve influenciada por distintos factores, entre los que podemos mencionar: los medios de comunicación, la cultura, los estilos de vida, entre otros; sumando las rigurosas dietas que muchas veces los adolescentes siguen por la influencia de la "moda" repercutiendo en su estado nutricional, presentando así alteraciones en la conducta alimentaria, las cuales en muchas de las ocasiones los padres o familiares los pasan inadvertidamente, preocupándose hasta cuando las mismas presentan alguna sintomatología que esté afectando la salud y por ende la vida del adolescente. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 unas dos terceras partes de la carga mundial de morbilidad serán atribuibles a

enfermedades no transmisibles como las crónicas y la mayoría de estas enfermedades estarán relacionadas con los estilos de vida, con lo cual se estará contribuyendo a incrementar las epidemias mundiales relacionadas con las enfermedades crónicas. (3)

En la Región de Puno el grupo de edad de 10 a 19 años, presentan problemas nutricionales que se evidencia en el sobrepeso, donde aproximadamente 1 de cada 5 personas lo padecen e incluso estaría superando el peso promedio nacional, manteniendo casi la misma prevalencia de los niños de 5 a 9 años. Con respecto a la obesidad, tenemos a un 3% de los sujetos con este problema. (4)

En las últimas décadas, la moda, el entretenimiento y las industrias publicitarias han llevado a la sociedad una imagen femenina cuya característica de la belleza se centra en la delgadez, el afán de alcanzar la imagen ideal provoca que algunas mujeres se sometan a dietas estrictas y posteriormente a adoptar medidas compensatorias inadecuadas para bajar de peso.

En nuestra región no existen datos que reflejen la situación de este problema lo cual ha impedido determinar su magnitud y por ende no existen estrategias ni intervenciones del Estado que contribuyan a mejorar los Trastornos de la Conducta alimentaria. Se observó que muchas alumnas de esta institución educativa están alterando sus patrones alimenticios consumiendo alimentos inadecuados por estar sometido a horarios escolares rígidos y actividades extra académicas lo cual en ocasiones genera la omisión de algunas comidas

Por lo anteriormente expuesto el presente estudio determinó la autopercepción de la imagen corporal y los estilos de vida relacionados con el estado nutricional de las adolescentes del C.E.P: la Inmaculada de la ciudad de Puno.

El objetivo general es determinar la autopercepción de la imagen corporal y la sobre estimación respecto al estado nutricional real de las adolescentes del C.E.P: la Inmaculada de la ciudad de Puno.

Los objetivos específicos son evaluar la autopercepción de la imagen corporal que tienen las adolescentes del C.E.P. la Inmaculada de la ciudad de Puno.

Identificar los estilos de vida de las adolescentes del C.E.P. la Inmaculada de la ciudad de Puno en términos de condición física, recreación, manejo de tiempo libre y hábitos alimentarios.

Determinar el estado nutricional de las adolescentes del C.E.P. la Inmaculada de la ciudad de Puno obesidad, sobrepeso.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1. IMAGEN CORPORAL

El aspecto físico es percibido por los adolescentes desde condicionamientos culturales, características de personalidad, exigencias sociales y expectativas personales. Se forma una imagen corporal que sin duda alguna influirá en su ajuste emocional y social. Por la tendencia fuerte del adolescente al conformismo grupal, este suele ser extremadamente intolerante a las desviaciones de su constitución corporal por ejemplo una excesiva obesidad contrasta con el hermoso ideal que debe estimular como efecto de la presión social a través de los medios de comunicación social que presentan adolescentes ideales atractivos y exuberantes. En este sentido la autoimagen corporal en el adolescente determinará, el tipo de relaciones sociales que este establecerá en su medio, limitando o potenciando sus capacidades personales; es decir, su ajuste y adaptación social.

El desarrollo físico influye indirectamente en las actitudes hacia uno mismo y hacia los demás.

Para el adolescente lo corporal y lo físico cobra una importancia capital y se constituye en uno de los centros de preocupación claves de esta etapa, ya que puede significar la felicidad o infelicidad, el éxito social o el fracaso. Los adolescentes obesos y poco atractivos físicamente tienen mayores probabilidades de ser objeto de rechazo, burlas y de marginación por parte de los adultos, de los compañeros y hasta de sí mismos. Es frecuente encontrar adolescentes que no desean ir al colegio, que bajan su rendimiento escolar, que se aíslan de los demás como consecuencia de una mala imagen corporal ocasionada por sobrenombres, chistes, comentarios y rechazo abierto de grupos de compañeros en relación con su cuerpo. (16)

2.1.2. AUTOPERCEPCIÓN

La autopercepción según Ortega es un logro que surge por medio del crecimiento y experiencias. Con el tiempo el individuo aprende la forma en que están unidas las partes de un cuerpo, y lo que no pertenece a él; aprende que hay otras personas que lo tratan de un cierto modo y a quienes él puede influir, aprende a observarse a sí mismo y a ver su conducta en relación con los demás. Como resultado obtiene la compleja conciencia del yo.

Por ello resulta importante destacar otro de los aspectos de la autoconciencia: la autopercepción.

2.1.3. AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

La autopercepción corporal es la representación que cada persona construye en la mente sobre su propio cuerpo. La primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física. Son dos cosas distintas la imagen corporal y la apariencia física, pero están entrelazados y es importante saber la diferencia. (17)

La autopercepción corporal consta de una estructura cognitiva que brinda al hombre el reconocimiento de su propio cuerpo en cualquier situación y la información necesaria para establecer las relaciones con el medio. Partiendo de la conciencia, la situación e información necesaria para establecer las relaciones con el medio, a partir de la conciencia y la situación en el ambiente. (16)

El contenido incluye el esquema corporal, la autopercepción y la conciencia y vivencia de las mismas por medio de las experiencias motrices. Existen dos conceptos de la autopercepción corporal:

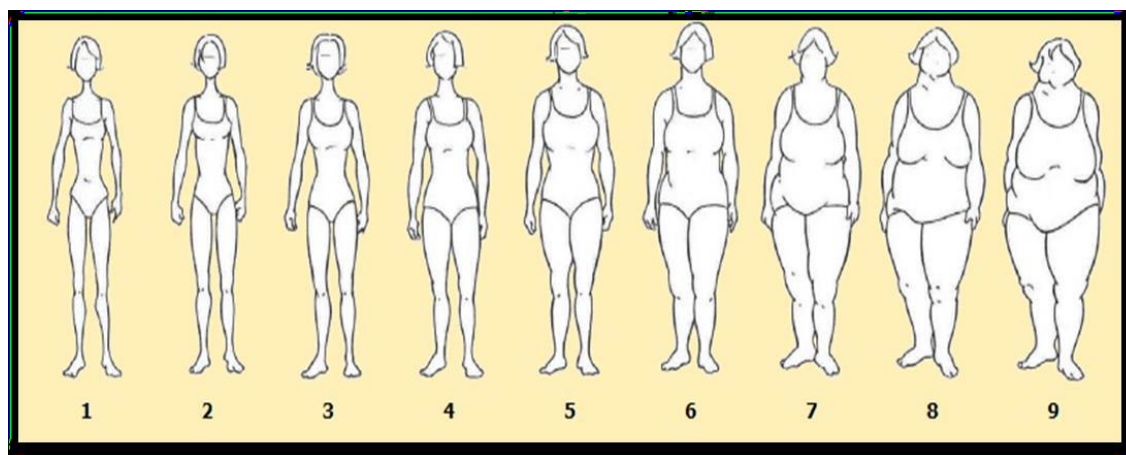
- El esquema corporal, se manifiesta en el tipo de adaptación establecida entre estructuras internas del cuerpo; sistemas de funcionamiento los cuales hacen posible su funcionamiento y la percepción global y segmentaria del mismo.

- La imagen corporal: El nivel cualitativo, condicionado por los caracteres físicos de la persona; los cuales permiten una concepción subjetiva del propio cuerpo, paralela a la concepción objetiva que tienen los demás del propio cuerpo.

Para la percepción de la imagen corporal se usa un test de autopercepción que consiste en una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard (1990) y modificado por Collins (1991). En el mismo se observan 9 figuras masculinas y otras 9 femeninas, numeradas del 1 a 9, siendo la primera la más delgada y aumentando progresivamente según va siendo más obeso. Cada figura va asociada a un IMC, que varía desde el 17, la figura que corresponde al 1, hasta el 33 la figura que corresponde a la figura número 9.

Esta equivalencia entre figura elegida e IMC asociado no estaba disponible en el test que respondían los encuestados. (18)

Modelo de Stunkard y Stellard y modificado por Collins.



SILUETA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMC	17	19	21	23	25	27	29	31	33

A. Evaluación de auto percepción de la imagen corporal

Para evaluar la auto percepción de la imagen corporal se usa una lámina con siete modelos anatómicos diferentes para ambos sexos. Cada adolescente debe elegir el modelo con el cual más se identifique, respondiendo a la pregunta ¿Con cuál de estas imágenes se siente más identificado? A cada adolescente y a

partir del modelo elegido le corresponde un Índice de Masa Corporal (IMC) percibido, luego se procede a pesar y medir al sujeto obteniendo a partir de estos parámetros su IMC real. Restando el valor del IMC real y el IMC percibido, se crea la variable denominada, IMC deseado con las siguientes categorías:

1. Se ve igual, cuando el valor es cero.
2. Se ve más delgado de lo que en realidad es, cuando el valor obtenido es superior a 0.
3. Se ve más gordo de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es inferior a 0. (16)

2.1.4. IMAGEN CORPORAL DURANTE LA ADOLESCENCIA

Las conductas relacionadas con la imagen corporal se encuentran fuertemente influidas por el aprendizaje y el medio sociocultural lo que hace difícil diferenciar lo que es moda, costumbre o patología, ya que esta última se construye en una historia singular y adquiere su perfil nosológico diferencial y específico en relación con el contexto de su producción. (18)

Por otra parte, el grado de aprobación que un adolescente tiene respecto de sí misma o autoconcepto abarca una peculiar articulación entre factores internos y externos, es decir, a aquellos que provienen de la comparación de los ideales propios con los determinados por personas significativas (padres y pares), entramados con los ideales impuestos por la sociedad.

Papalia D. describe el proceso de construcción de la imagen corporal durante la Adolescencia dividiéndolo en tres etapas: (18)

- **Adolescentes de 11 a 14 años:** reestructuración del esquema e imagen corporal, y se busca la independencia.
- **Adolescentes de 15 y 17 años:** búsqueda de autonomía.

- **Adolescentes de 18 y 20 años:** reafirmación de la personalidad, los valores y preferencias vocacionales, se busca establecer el proyecto personal, elaboración de la identidad.

Teniendo en cuenta todo lo que implica esta etapa, se vuelve evidente que es durante este periodo en el que se va a ver afectado el desarrollo de la imagen corporal, ya que es el más vulnerable y dependerá totalmente de este lo que el adolescente crea adecuado a lo largo de su vida.

2.1.5. PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

La preocupación de la Imagen corporal se define como un signo de alarma a alteraciones de la imagen corporal, para lo cual intervienen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento. (19)

2.1.5.1. Factores predisponentes a la preocupación por la Imagen Corporal:

a. **Sociales y culturales:** aquellos que plantean un ideal corporal a partir del cual se ve influenciada la autoestima, el atractivo y la competencia personal, acarreado como consecuencia ideas erradas como: solo lo bello es bueno, la delgadez es sinónimo de belleza y el enredo de la publicidad que vende productos milagrosos para la manipulación del peso y del cuerpo.

b. **Modelos familiares y amistades:** Es bien sabido que somos lo que vemos, como seres humanos aprendemos de aquello que vemos es por eso que la familia y los amigos son parte fundamental en el proceso de aceptación de nuestra imagen corporal, ya que al vernos influenciados por familiares cercanos que están excesivamente preocupados por su cuerpo seguramente nosotros aprenderemos de esas actitudes.

Por otro lado, están las amistades que pueden criticar y es bien sabido que para poder encajar en un grupo hay que parecerse de cierta manera a ellos, es decir que si no cumplimos con una imagen corporal acorde para ellos simplemente no podremos formar parte de su grupo.

c. Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos sobre qué tan útil se puede ser, conllevan a pensar que se puede opacar todos estos defectos al obtener un cuerpo perfecto.

d. Desarrollo físico y social: el desarrollo puberal precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso, la talla y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.

2.1.6. ESTILOS DE VIDA.

Estilos de Vida: El concepto de estilo de vida apareció formalmente por primera vez en 1939, probablemente en las generaciones anteriores no era un concepto significativo, al ser las sociedades relativamente homogéneas. Pierre Bourdieu, quien fue uno de los sociólogos más importantes de la segunda mitad del siglo XX, centra su teoría en el concepto de habitus, entendido este como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos (10).

El estilo de vida se conforma a partir de preferencias e inclinaciones básicas del ser humano, fruto de la interacción entre componentes genéticos, neurobiológico, psicológicos, socioculturales, educativos, económicos y medioambientales. Puede generarse en un triángulo de construcción, formado por la familia, la escuela y los amigos, por ejemplo, se aprende a tomar licor con los amigos, el aprendizaje de hacer ejercicio ocurre en la escuela, los hábitos alimenticios y la responsabilidad sexual se aprenden en la familia, con influencia de la escuela. La prevalencia de unos componentes y la escasa manifestación de otros conforman un determinado estilo y modo de vida (11).

Así mismo, el estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo y manera de vivir. Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se

entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud (12).

De este modo, 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 (13).

2.1.7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

En una conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en Canadá en 1986 se adoptó la Carta de Ottawa, un documento que reconoce que la salud no es sencillamente el producto de trastornos médicos o de otro tipo directamente relacionados con la salud, sino que es un problema integral determinado por un conjunto de factores sociales y ambientales. Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud (11).

La OMS define los estilos de vida saludables como una forma de vida que disminuye el riesgo de enfermarse o morir a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más aspectos de la vida, porque la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, es también física, mental y bienestar social. La adopción de estilos de vida saludable nos convierte en modelos positivos para la familia, en especial para los niños (15).

Cabe resaltar, que 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) (11).

De esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser: tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción; mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad; mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender; brindar afecto y mantener la integración social y familiar; tener satisfacción con la vida; una nutrición adecuada; promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación; capacidad de autocuidado; seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes; ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio; comunicación y participación a nivel familiar y social; accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos; seguridad económica; y practicar un sexo seguro.

Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud. Las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema, el análisis costo-beneficio y el sentido de autoeficacia, favorecen la conservación y mejoría de la salud, el evitar conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general, puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables (13).

Por lo tanto, se puede deducir que los estilos de vida saludables son el conjunto de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de

la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales (12).

2.1.8. ESTADO NUTRICIONAL DEL ADOLESCENTE

En términos generales, el periodo de la adolescencia se extiende entre los diez y los dieciocho años, y su comienzo está marcado por el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias. En el sexo femenino, el aumento de la velocidad de crecimiento ocurre en promedio entre los 10 y 12 años, y en los varones aproximadamente dos años más tarde. Sin embargo, es importante considerar las variaciones individuales, ya que el aumento de las necesidades nutricionales se relaciona más a la etapa de desarrollo que a la edad cronológica,

Durante la adolescencia, la ganancia de masa corporal corresponde al 50% del peso adulto, al 20% de la talla definitiva y a más del 50% de la masa ósea. La composición del tejido depositado presenta diferencias por género. El crecimiento en las niñas se acompaña de un mayor aumento en la proporción de grasa corporal, mientras los varones presentan una mayor acreción de masa magra y un mayor aumento de la volemia y de la masa eritrocitaria, lo que condiciona requerimientos diferenciados para cada uno de los sexos. En los hombres hay mayores requerimientos de nitrógeno, calcio, hierro, magnesio y zinc. (21)

El estado nutricional de una persona o un colectivo es el resultado de la interrelación entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas del mismo, necesarias para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas.

La determinación del estado nutricional es una necesidad fundamental en la situación actual de desarrollo sanitario, dada la estrecha relación entre nutrición y salud. (21)

El estado nutricional de un sujeto refleja la extensión con que se han cubierto las necesidades fisiológicas de nutrientes de un individuo. La ingestión de nutrientes depende del consumo real de nutrientes, que está influenciado por factores como la situación económica, la conducta alimentaria, el clima emocional, las influencias culturales, los estados de varios estados morbosos sobre el apetito y la capacidad para consumir y absorber los nutrientes adecuados.

Las necesidades de nutrientes están también influenciadas por muchos factores, como factores estresantes fisiológicos como la infección, las enfermedades agudas y crónicas, las fiebres y los traumatismos; los estados anabólicos normales de crecimiento como el embarazo o la rehabilitación el mantenimiento del cuerpo y del bienestar, y el estrés psicológico. El equilibrio entre ingestión de nutrientes y necesidades de nutrientes es el estado nutricional.

Cuando se consumen los nutrientes adecuados para apoyar las necesidades corporales diarias y cualquier aumento de las demandas metabólicas, la persona se mueve en un estado nutricional óptimo. Este estado favorece el crecimiento y el desarrollo mantiene la salud general, apoya las actividades de la vida diaria y ayuda a proteger al cuerpo de la enfermedad. Las técnicas de valoración adecuadas pueden detectar un déficit nutricional en los primeros estadios del desarrollo, lo que permite mejorar la ingestión dietética mediante el apoyo y el asesoramiento nutricional antes de que aparezca un trastorno más grave.

La valoración del estado nutricional debe realizarse siempre en todos los sujetos. Pero el tipo de valoración de los que están sanos difiere de la que presentan enfermedades críticas. Las personas con riesgos nutricionales pueden identificarse sobre la base de la información sesgada que se obtiene normalmente en el momento del ingreso en un hospital, o una residencia o tras volver de una asistencia domiciliaria. La información obtenida en la valoración de la nutrición se utiliza para diseñar un plan de asistencia nutricional individual. Una valoración nutricional exhaustiva aumenta la eficacia de la intervención, la educación y el asesoramiento nutricional. (21)

2.1.9. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

a. Riesgo de Delgadez

Es el riesgo de reducir la grasa corporal que determina un peso subnormal. En general se considera riesgo de delgadez cuando el peso corporal se encuentra entre el percentil 5 y percentil 10. El riesgo de delgadez se acompaña de buena salud por ello, generalmente pasa desapercibido y solo son detectados en las evaluaciones nutricionales, porque presentan estancamiento en la curva ponderal.

b. Delgadez

La desnutrición ocurre cuando el consumo de nutrientes no satisface las necesidades que de estos tiene el organismo. A nivel mundial, la desnutrición es la causa más común de retraso de crecimiento, pues dos tercios de la población mundial están subnutrida.

La falta de nutrientes también puede ser provocada por restricción calórica voluntaria (adolescentes temerosas de ser obesas) por cuadros psiquiátricos (anorexia nerviosa) o por anorexia secundaria a enfermedades crónicas. La desnutrición también puede ser secundaria a pérdidas exageradas, como ocurre en los síndromes de mal absorción, o bien a un gasto metabólico muy alto no suficientemente cubierto con una alimentación habitual.

Por otra parte, el bajo peso en las adolescentes se vincula con amenorrea secundaria y otras disfunciones menstruales y una masa corporal baja en las adolescentes se relaciona con una menor masa ósea a comienzos de la edad adulta y por tanto un mayor riesgo de osteoporosis post menopausia. (22)

c. Normal

Se considera este estado cuando los tejidos del cuerpo cuentan con una cantidad suficiente de ese nutrimento, para mantener las funciones metabólicas normales, así como también con depósitos excedentes que se utilicen en épocas de

mayores necesidades. Un estado nutricional conveniente se logra obteniendo los nutrimentos esenciales a partir de diversos alimentos. (22)

d. Sobrepeso

El sobrepeso es el aumento de peso corporal por encima de un patrón dado. Se calcula que el peso esta entre el percentil 85 y percentil 95.

El sobrepeso está vinculado con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas con sobrepeso que con peso inferior al normal. La causa fundamental del sobrepeso es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Por lo tanto, representa un problema de salud que conduce a la obesidad (22).

No obstante, algunas personas con sobrepeso pueden tener mucho peso muscular y por lo tanto no tanta grasa, como es el caso de los atletas. En estas personas su peso no representa un aumento asociado del riesgo de problemas de salud.

e. Obesidad

La obesidad es un trastorno caracterizado por exceso de grasa corporal que altera la salud del individuo y que en muchas oportunidades lo pone en riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica. (22)

La obesidad interfiere en la adolescencia de varias maneras, pudiendo incluso acelerar la maduración sexual y el curso del crecimiento. Los efectos psicológicos que tienen los adolescentes que sufren de obesidad generalmente viven preocupados por su aspecto y por lo que los otros adolescentes puedan pensar de ellos. Un gran número de adolescentes obesos han sido víctimas de bromas crueles y hostigamiento continuo desde la niñez. El resultado final es la adopción de un estilo de vida sedentario y de un lamentable aislamiento social. De ahí, pues, la importancia del apoyo emocional que precisa el obeso adolescente.

La obesidad durante la adolescencia produce insatisfacción con la imagen corporal, lo que lleva a los jóvenes a conductas dañinas, como el aislamiento. Los adolescentes con sobrepeso excesivo evitan ir a lugares donde tienen que comer, porque sienten vergüenza.

En adolescentes con sobrepeso u obesidad también está presente la bulimia, restringe periódicamente lo que comen y secundariamente a esa escasez de alimentos tienen atracones de comida. Pero como tienen miedo de engordar utilizan estrategias que según ellos les impide seguir subiendo de peso.

El desarrollo de la obesidad se debe a una predisposición genética y a un desbalance entre la actividad física y la ingesta calórica. Uno de los factores ambientales que también influye en el desarrollo de la obesidad es el sedentarismo.

Existe a nivel mundial un aumento en la tendencia al sobrepeso y obesidad tanto en adolescentes como en adultos. Esto es debido en su mayoría a cambios en el estilo de vida de las poblaciones relacionados a un incremento en el consumo de grasas y azúcares y a una disminución en la actividad física particularmente en áreas urbanas.

(22)

2.1.10. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación nutricional es una herramienta imprescindible para todos los profesionales que se desempeñan en el área de la nutrición. Su principal utilidad es proporcionar información para conocer tempranamente la magnitud y características del problema nutricional de un individuo o comunidad y orientar posibles acciones tendientes a corregir los problemas encontrados. (23)

El uso de la antropometría física es una herramienta básica para valorar y medir dimensiones físicas, composición del organismo, el crecimiento y desarrollo del niño, al igual sirve para evaluar el estado nutritivo del adulto. El adecuado uso

de esta herramienta nos permite conocer nuestra situación nutricional y a la vez actualizar esta información periódicamente. (23)

La medición de diferentes parámetros antropométricos, así como la construcción de indicadores derivados de los mismos, permite conocer el estado de las reservas proteicas y calóricas además de orientar al profesional de la salud sobre las consecuencias de los desequilibrios de dichas reservas, bien sea por exceso o déficit, trastorno en el crecimiento y el desarrollo en niños y adolescentes e inicio o evolución de la enfermedad a lo largo del ciclo vital. (23)

a) Peso: La evaluación del peso es una de las mediciones de mayor importancia en el diagnóstico del estado nutricional en especial en niños, de allí que debe ser lo más preciso posible, tratando de que los instrumentos sean lo más adecuado y confiables. El peso refleja el crecimiento ponderal del individuo siendo este afectado directamente por la alimentación. Esta es una medición utilizada para evaluar el estado de nutrición en todos los grupos atareos.

b) Talla: La talla junto con el peso, constituye una de las dimensiones corporales más utilizadas, debido a la sencillez y facilidad de su registro. La talla se expresa en centímetros, midiendo la distancia entre el vertex y el plano de apoyo del individuo. Es útil, igual que ocurrirá con el peso, la talla expresada en relación a la deseable. Los parámetros de peso y talla son de especial interés en la nutrición infantil. La disminución del peso para una altura determinada, como ocurre en los adultos, es consecuencia de una subnutrición el cual es de tipo crónico. (23)

2.1.10.1. Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet (IMC).

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

Se calcula según la expresión matemática:

$$IMC = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Donde la masa o peso se expresa en kilogramos y la estatura en metros, luego la unidad de medida del IMC. El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. (24)

CUADRO N° 01

CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES SEGUN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

CLASIFICACIÓN	PUNTOS DE CORTE (DE)
Delgadez severa	< - 3
Delgadez	< - 2 a 3
Normal	1 a - 2
Sobre peso	> 1 a 2
Obesidad	>2

FUENTE: Referencia de Crecimiento OMS 2007

2.1.11. NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS ADOLESCENTES

Las necesidades nutricionales para adolescentes dependen de la etapa de crecimiento en la que se encuentran y de la actividad física que realice. (25)

2.1.11.1. Alimentación saludable durante la adolescencia

Los nutrientes son sustancias que el cuerpo humano necesita para realizar sus diferentes funciones y para mantener la salud. Existen dos clases de nutrientes:

1. Los que el organismo necesita en cantidades mayores: proteínas, carbohidratos y grasas

2. Los que el organismo necesita en cantidades menores: vitaminas y minerales. Cada uno de ellos ayuda al funcionamiento del cuerpo de diversas formas. (25)

Macronutrientes

- **Proteínas:** su función principal es la formación de todos los tejidos, desde el pelo, la piel y las uñas hasta los músculos y la sangre. Son importantes para el crecimiento, para formar y reparar órganos y tejidos, para dar defensas contra ciertas enfermedades y para dar energía. Las proteínas pueden ser de origen animal (carne, leche y huevos) o de origen vegetal (frijoles, soya, Maní) o alimentos compuestos (Incaparina, vita cereal o Bienestarina).
- **Carbohidratos:** proporcionan energía para el funcionamiento de los órganos para desarrollar las actividades diarias, desde caminar hasta trabajar y estudiar. Las principales fuentes de carbohidratos son: granos (maíz, frijol, arroz, cereales, papas, plátano, etc.).
- **Grasas:** son la fuente más concentrada de energía. Ayudan a la formación de hormonas y membranas, así como a la absorción de algunas vitaminas. Las grasas pueden ser de origen animal (manteca de cerdo, crema y mantequilla) así como de origen vegetal (aceite y la margarina). En personas con poca actividad física, el alto consumo de grasas, especialmente las de origen animal y las que se encuentran en margarinas y golosinas son un riesgo para la salud.

Micronutrientes

Vitaminas: ayudan a regular las diferencias funciones del organismo. El cuerpo humano solo las necesita en pequeñas cantidades, pero si no se consumen afectan la salud de la persona. Se encuentran en casi todos los alimentos, principalmente en frutas, verduras y productos de origen animal.

- **Minerales:** al igual que las vitaminas, los minerales se necesitan en pequeñas cantidades. Estos forman parte de los tejidos y participan en

funciones específicas del organismo. Los minerales también están presentes en muchos alimentos especialmente en los de origen animal.

(25)

2.1.11.2. Riesgos Nutricionales del Adolescente

Como se ha venido mencionado, la adolescencia se caracteriza por importantes cambios fisiológicos y psicosociales. El adolescente tiene un profundo deseo de ejercer su independencia, de búsqueda de su propia identidad, que le llevan con frecuencia a no aceptar los valores existentes y a querer experimentar nuevos estilos de vida, incluidos los patrones alimentarios.

En esta etapa los amigos, los medios de comunicación y la moda influyen mucho más que los padres u otros adultos, incluido el médico, sobre la selección de alimentos y hábitos dietéticos, siendo fácil que estas influencias lleven a los adolescentes a conductas alimentarias erráticas, que pueden comprometer su estado nutricional. (26)

2.1.11.3. Alteraciones del patrón alimentario

Una de sus formas más frecuentes consiste en el hábito de “saltarse comidas” generalmente el desayuno, que se sustituye o no. Omitir el desayuno tiene importancia nutricional. Este debe aportar el 25% de las calorías diarias y en los que no lo consumen se ha comprobado baja capacidad de atención y escaso rendimiento escolar y físico. Otros estudios realizados con estas poblaciones han puesto de manifiesto que la supresión del desayuno supone que no se cubran los requerimientos diarios de calcio, afectando también a la ingesta energética total. (27)

Forma parte del estilo de vida de los adolescentes el consumo de comida chatarra, los cuales son alimentos ricos en grasas y azúcares, de gran aceptación, pero escaso valor nutricional. Suelen tener un elevado valor energético, así como excesivo contenido en grasas y sodio. Estas comidas, pueden compensar el déficit energético originado al omitir alguna comida, sin embargo, tienen escasa densidad nutricional, favoreciendo deficiencias en calcio, hierro, vitaminas, etc.

Otra característica diferencial del patrón de comidas de adolescentes es su preferencia por las comidas de preparación rápida. Estas comidas suelen tener alto valor calórico, junto con una adecuada proporción de proteínas de buena calidad, pero con exceso de grasa y sodio. La densidad en algunos micronutrientes es baja, en especial, calcio y vitaminas A, B2 Y C.

El consumo de alcohol, se ha incrementado notoriamente en los últimos años. Se ha comprobado que el consumo de alcohol produce inapetencia, y modifica la biodisponibilidad de algunos nutrientes. El alcohol parece disminuir la absorción de ácido fólico, de tiamina y de las vitaminas A, C Y B12, a la vez que aumentar la excreción urinaria de calcio, zinc y magnesio. (27)

2.1.12. ADOLESCENCIA

La adolescencia representa un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Su inicio corresponde con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y su terminación con el cese del crecimiento. Es una etapa marcada por cambios bruscos y secuenciales que permiten el crecimiento y la maduración física al tiempo que la evolución social y psíquica del adolescente. (28)

La adolescencia es uno de los periodos más interesantes a la vez que más exigentes del desarrollo humano. Considerado en general como el periodo de la vida que transcurre entre los 12 y 21 años de edad, la adolescencia es una etapa de enormes transformaciones fisiológicas, psicológicas y cognitivas, durante la cual el niño se convierte en un adulto joven. El patrón de crecimiento gradual que caracteriza a la infancia cambia a otro de crecimiento y desarrollo rápidos que afecta a los aspectos físicos y psicosociales de la salud. Los cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional permiten que los adolescentes vayan adquiriendo mayor independencia a medida que maduraran. (29)

2.1.12.1. Etapas de la adolescencia

Existen diversas teorías sobre las etapas de la Adolescencia por ejemplo Autores como Jean Piaget y Erik Erikson clasifica la adolescencia en base a importantes

cambios en las capacidades cognitivas, es decir el acceso a formas de razonamiento propias denominado pensamiento formal. Estos autores clasifican la adolescencia en tres etapas: Adolescencia Temprana, Media y Tardía (28).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23) teniendo en cuenta el desarrollo físico y psicológico del adolescente también clasifica la adolescencia en tres etapas las cuales corresponden:

a. **Adolescencia temprana (10-13 años)**

Se caracteriza porque el adolescente comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto.

Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

b. Adolescencia media (14-17 años)

Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales.

Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

La atracción al sexo opuesto se incrementa responde también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente

c. **Adolescencia tardía (17-19 años)**

El desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción.

El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

2.1.12.2. Desarrollo físico del adolescente

La adolescencia es la segunda etapa de crecimiento acelerado, de ritmo parecido al de los primeros años de vida. El acontecimiento más importante es la aparición de la pubertad, con los cambios somáticos y psicológicos que comporta. En las niñas, comienza entre los 8 y 13 años y se completa en unos 4 años, mientras que en los niños se inicia más tarde, entre los 9 y los 14 años y dura 3 años y medio. Los cambios somáticos que van a incidir en las necesidades nutricionales de la adolescencia comprenden:

1. La aceleración del crecimiento en longitud y el aumento de la masa corporal, brote de crecimiento puberal, presenta diferencias según el sexo en cuanto a cronología e intensidad. Hacia los 10 años, las niñas han alcanzado el 84% de la altura del adulto, y los niños solo el 78%. La velocidad máxima se alcanza de forma precoz en las niñas, mientras que en los niños acontece una vez iniciada la pubertad y es de mayor magnitud. El aumento en la masa muscular o grasa puede apreciarse por el desarrollo de los hombros en los niños o de las caderas en las niñas.

2. Los cambios en el crecimiento de ciertas regiones en relación con la aparición de los caracteres sexuales contribuyen a aumentar el dimorfismo sexual que caracteriza a la vida humana adulta.

Los requerimientos nutricionales durante la adolescencia dependen del sexo y de factores individuales, como el ritmo de crecimiento y la maduración, junto con el grado de actividad física. (29)

La pubertad es un periodo de crecimiento y desarrollo rápidos durante el cual el niño se convierte físicamente en adulto y adquiere la capacidad para la reproducción sexual. Se inicia con un aumento de la producción de hormonas sexuales como los estrógenos, la progesterona o la testosterona, y se caracteriza por la aparición externa de los caracteres sexuales secundarios tales como el desarrollo de las mamas en las mujeres y la aparición del vello facial en varones.

La velocidad de crecimiento físico en la adolescencia es mucho mayor que en la etapa infantil. Por término medio, los adolescentes ganan alrededor del 20% de su talla de adulto durante la pubertad.

En la mayoría de los adolescentes el crecimiento lineal se produce a lo largo de 4-7 años de desarrollo puberal; sin embargo, la mayor el mayor porcentaje de la talla se logra durante un periodo de 18-24 meses al que suele denominarse brote de crecimiento. La máxima velocidad de crecimiento durante este brote se conoce como velocidad máxima de aumento de la talla. Aunque la velocidad de crecimiento disminuye cuando se alcanza la madurez sexual, la ganancia de talla y peso continúan hasta el final del segundo decenio de la vida en las mujeres y los primeros años del tercero en los varones. La mayoría de las mujeres no crecen más de 5 a 7.5 cm después de la menarquía, pero las que tienen una menarquía precoz tienden a crecer más tras su comienzo que las que tienen una menarquía tardía.

El aumento de la talla va acompañado de incrementos en el peso durante la pubertad y los adolescentes adquieren el 40% al 50% de su peso de adultos durante este periodo. La mayor parte de este aumento coincide con el del

crecimiento lineal. Sin embargo, hay que señalar que los adolescentes pueden ganar más de 7 kg tras la finalización del crecimiento lineal. Los cambios de peso y altura van acompañados de modificaciones en la composición del cuerpo. La ganancia de tejido magro es doble en los varones que, en las mujeres, lo que hace que el porcentaje de grasa corporal y de masa corporal magra sea distinta en los dos sexos. La proporción de grasa corporal aumenta desde el 15% en los niños y el 19% en las niñas puberales. Las diferencias en la masa corporal magra y en la grasa corporal influyen en las necesidades de energía y nutrientes durante toda la adolescencia y son distintas para los varones y las mujeres. (29)

2.1.12.3.Desarrollo Cognoscitivo y social durante la adolescencia

La adolescencia representa el paso del pensamiento operacional concreto al de operaciones lógicas. Al final de la adolescencia temprana un individuo debe proporcionar una respuesta madura en cualquier test neuropsicológico estándar. En la adolescencia media el desarrollo psicosocial en los varones está dominado por la necesidad de logro e independencia, que se persigue en grupo; en las mujeres se caracteriza por el establecimiento de relaciones interpersonales y de amor duales. La interacción entre el adolescente y sus padres cambia y frecuentemente se originan conflictos intergeneracionales. La relación social con personas del sexo opuesto se caracteriza por una gran sexualidad. En la adolescencia tardía hay un sentido de madurez con el establecimiento de objetivos de futuro, una vuelta a las relaciones familiares, el predominio de la intimidad en la relación con el sexo opuesto. (30)

A menudo se califica a la adolescencia como un periodo de conducta irracional. El crecimiento físico de la pubertad da al cuerpo del adolescente una forma más parecida a la del adulto, haciendo que estos crean que el desarrollo del adolescente se ha completado. Sin embargo, el desarrollo social y emocional es más lento. La falta de acoplamiento entre la apariencia física del adolescente y la forma en que actúa puede hacer que los adultos deduzcan que no actúa de acuerdo con su edad. La rebeldía que se asisia a los años de la adolescencia es en realidad una manifestación de la búsqueda de la independencia y de una

sensación de autonomía. Los alimentos pueden usarse, y a menudo se usan, como un medio de ejercer la autonomía.

Los adolescentes pueden elegir hacerse vegetarianos como una manera de diferenciarse de sus padres que comen carne o para expresar sus preocupaciones morales y éticas sobre el bienestar de los animales o sobre el medio ambiente. El consumo de comida rápida se convierte en un fuerte factor de cohesión social para los adolescentes que la diferencia de sus padres y de las generaciones anteriores. Pedirles que dejen de comer este tipo de comida equivale a pedirles que dejen de ser adolescentes.

El desarrollo cognitivo y emocional se comprende mejor si se divide en tres periodos: adolescencia inicial, media y tardía. El primer periodo tiene unas características peculiares en cuanto a la capacidad para sintetizar información y aplicar los conceptos de salud, lo que influye de manera directa en los métodos que se usan para proporcionar información nutricional y para diseñar programas educativos. El desarrollo psicosocial de los adolescentes influye de manera directa en sus elecciones de alimentos y bebidas. En la adolescencia inicial y media existe el riesgo de que limiten las calorías con objeto de hacer una dieta debido a sus preocupaciones sobre la imagen corporal. Como aún no se ha desarrollado por completo la capacidad de razonamiento abstracto, los adolescentes de esta edad no suelen ser capaces de ver la relación entre sus conductas actuales y el riesgo futuro para su salud. (30)

2.1.12.4. Conductas Alimentarias en adolescentes

Define las conductas alimentarias como la forma de comportarse de una persona con el alimento. La conducta alimentaria no es solo un acto de reflejo que evita la aparición de hambre, sino que tiene una estrecha relación con las experiencias previas, recuerdos, sentimientos y necesidades. En la conducta alimentaria existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. (31)

2.1.12.5. Trastornos de Conducta Alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de alteraciones en la forma de comer por exceso o por defecto, cuyo origen radica en conflictos psicológicos no resueltos, que hace que el individuo que lo padece tenga la necesidad de mantener dicha conducta para sentirse mejor o aliviar su angustia.

Los TCA constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, pero existe cierta dificultad en la elaboración de estudios que demuestren con exactitud el número o porcentaje de personas que desarrollan un TCA. A pesar de esto, en la población femenina adolescente se aceptan como cifras aproximadas porcentajes de 0.5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y del 3% de TCA, en los que destaca el trastorno por ingesta excesiva, más conocido como trastorno por atracones.

Al igual que en otras enfermedades, en los TCA existe una afectación diferente según el sexo al que pertenece, siendo en este caso más frecuentes en la población femenina en una proporción de 10:1 respecto a la masculina. Estos trastornos pueden aparecer con cualquier edad, aunque existen determinados periodos de mayor susceptibilidad. Los síntomas de la anorexia nerviosa se suelen manifestar desde los 10 a los 30 años, pero la mayor incidencia se produce entre los 12 y 18 años. La mujer joven es quien tiene una mayor vulnerabilidad fisiológica para presentar un TCA. Junto a ello los factores socioculturales desempeñan un papel fundamental en la aparición y desarrollo de estos trastornos. Dichos factores se resumen en la mayor presión social y la preocupación por la delgadez asociada a la idea del éxito familiar, social y profesional.

La adolescencia es una etapa de la vida crítica para el desarrollo de la personalidad. De alguna forma se aprecia una gran inestabilidad emocional y una mayor presión social en cuanto a la llamada "cultura de la delgadez". El deseo de integración y el miedo al rechazo hacen el resto.

Las cifras de frecuencia son similares en la mayoría de los países industrializados, descendiendo o no contabilizándose casos en los países en vías de desarrollo. Afecta a todas las razas, aunque pueden encontrarse algunas diferencias en la forma de expresión. (32)

2.1.12.6. Causas de los Trastornos de la Conductas Alimentarias

Son muchos los factores que intervienen en su aparición, por un lado, existen factores predisponentes, de tipo genético, social, familiar y personal, y, por otro, factores precipitantes tales como dietas y regímenes alimentarios severos, trastornos emocionales, ejercicio físico excesivo, etc.

De la interacción entre ambos surge una insatisfacción personal y corporal que desemboca en un deseo de adelgazar. Una vez iniciado el trastorno, las consecuencias derivadas del mismo lo mantendrán.

La presión por adelgazar y el valor social de un cuerpo delgado provoca insatisfacción y el deseo de hacer dieta para conseguir mayor aceptación propia y social. Todos vivimos en grupo y nuestras relaciones marcan en muchas ocasiones nuestro estilo de vida y constituyen una fuente de apoyo. La necesidad de ser aceptado o el miedo al rechazo pueden generar un deseo de mejorar o de realizar un cambio. La responsabilidad de tal influencia depende, por igual, de la publicidad y de la moda, como de los mensajes de la industria de la cosmética, imagen y dietética. Indudablemente, esta presión ejerce más influencia en las personas más vulnerables, las mujeres y los adolescentes. (33)

2.1.12.7. Tipos de Trastornos de Conducta Alimentaria

A. Anorexia nerviosa (AN).

La Anorexia Nerviosa es un trastorno caracterizado por un deseo intenso de perder peso, con miedo a la obesidad y alteración de la imagen corporal que les hace verse obesos/as, aunque realmente estén emaciados/as, junto al establecimiento de conductas encaminadas a obtener dicha pérdida de peso (restricción alimentaria, ejercicio físico o conductas purgativas).

Esta aparece con más frecuencia en jóvenes adolescentes de sexo femenino, aunque también pueden verse afectados en menor frecuencia en varones de las mismas edades, niñas y niños pre púberes e incluso mujeres maduras. (30)

Etiología

Son muchas las investigaciones que han intentado encontrar la causa no permitiendo en ningún caso explicar totalmente el porqué de los trastornos de la alimentación, pero si apoyan la idea más generalizada de que se trata de un trastorno multicausal, siendo necesaria la presencia de varios factores para que produzcan el trastorno. Se hace mucho énfasis en que las sociedades en vías de desarrollo, existe una gran presión para el mantenimiento de la delgadez y es en estas sociedades donde la prevalencia es mayor. Es necesario resaltar que el establecimiento de dietas muy restrictivas o inadecuadas contribuye a la aparición de estos trastornos.

Diversos autores hablan de una serie de factores predisponentes sobre los que actuarían otros de carácter precipitante, y además unos terceros que colaborarían en el mantenimiento de la enfermedad una vez establecida esta. De entre los citados factores los más destacables son los siguientes: (30)

Factores predisponentes

- Factores genéticos
- Edad (13-20 años)
- sexo femenino
- Trastorno afectivo
- Introversión/inestabilidad
- Obesidad
- Nivel social medio/alto

Factores precipitantes

- Cambios corporales adolescentes
- Incremento rápido de peso
- Acontecimientos vitales
- Incremento actividad física

- Enfermedad adelgazante

Factores de mantenimiento

- Consecuencias de la inanición
- Interacción familiar
- Aislamiento social
- Cogniciones anoréxicas
- Actividad física excesiva

Respecto a las teorías psicológicas, se han centrado fundamentalmente en mecanismos fóbicos o psicodinámicos. Destacan las siguientes teorías:

- La anorexia nerviosa puede producirse por una alteración de la personalidad que se generó en edades tempranas en donde la madre no supo interpretar las necesidades del niño y utilizaba el alimento como la solución a muchos problemas.
- La anorexia aparece en la adolescencia como consecuencia de un temor a alcanzar la edad adulta con sus correspondientes responsabilidades, así como un temor en particular a la sexualidad.
- Anoréxicos y bulímicos existen en familias de difícil relación o excesivamente rígidos o superprotectores.
- En otras ocasiones, los anoréxicos y los bulímicos presentan predisposición a alteraciones neuróticas que pueden ser genéticas, y así se encuentran en estos enfermos problemas de depresión, ansiedad y diversos desordenes afectivos.

Prevalencia

Se observa que la prevalencia de anorexia nerviosa con respecto al sexo parece que existe unanimidad en señalar que las más afectadas son mujeres. En relación a la edad también existe unanimidad respecto al periodo más frecuente de aparición, que suele ser o bien el inicio de la adolescencia o durante esta o al principio de la juventud. Por último, con respecto a la clase social se ha determinado un predominio en la clase alta y media-alta y residentes de las

zonas urbanas, pero más sin embargo ha habido una variación en el aumento de la frecuencia en clases sociales menos acomodadas.

Diagnóstico

En muchas ocasiones lo más importante en estos trastornos psicológicos es sospechar que puedan existir algunas de las siguientes situaciones, que orientarían hacia la posibilidad de desarrollar este tipo de trastorno alimentario:

- Pérdida e peso de origen desconocido en jóvenes o incluso niños
- Retraso o detención del crecimiento
- Amenorrea o retraso en la menarquía
- Pertenencia a un determinado subgrupo de población: bailarinas, modelos, gimnastas etc.
- Complicaciones médicas por la práctica de excesivo ejercicio físico
- Osteoporosis en jóvenes
- Presencia de pelo lanugo
- Conductas anómalas como encerrarse en el baño después de las comidas
- Aumento del interés por temas de alimentación, ropa y moda.
- Cambios en la forma de vestir
- Cambios en los hábitos alimentarios
- Aislamiento social.

Una vez establecida la sospecha, se realizan las determinaciones analíticas y antropométricas necesarias y hacer el diagnóstico diferencial, para ello se utilizan los siguientes criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- b) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteraciones en la percepción del peso o la silueta corporales.
- d) Presencia de amenorrea

Tratamiento

El tratamiento de la Anorexia Nerviosa incluye medidas nutricionales, psicológicas y farmacológicas. El enfoque del tratamiento de la anorexia nerviosa debe estar dirigido en primer lugar al restablecimiento de un estado nutricional adecuado, que se tratara posteriormente, ya que la propia malnutrición perpetúa los pensamientos alterados en relación a comida, peso, figura y necesidades nutricionales.

Una vez que se empieza a superar el problema nutricional se puede pasar a actuar mediante psicoterapia individual o grupal y familiar.

Los fármacos tienden a utilizarse tras la recuperación ponderal, con el fin de mantener el peso y la conducta alimentaria normal, así como para poder tratar los síntomas psiquiátricos asociados a la esta.

A. Bulimia Nerviosa (BN)

La Bulimia Nerviosa se caracteriza fundamentalmente por la pérdida de control sobre la conducta alimentaria, lo que conduce a la ingesta de gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo, seguida de conductas compensatorias para evitar el aumento de peso, como ayuno, vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos y ejercicio físico excesivo. Existe además una importante preocupación por la figura y el peso.

Etiología

No existe, una causa única que pueda considerarse como determinante en el desarrollo o aparición de esta. Aun así, podemos hablar de una serie de factores de riesgo como los que a continuación se exponen:

- Mujer de aproximadamente 20 años perteneciente a sociedades desarrolladas, con algún trastorno de personalidad.
- Presencia de obesidad previa y realización de dietas crónicas
- Perteneciente a familias en las que se sobrevalora la figura y el peso y mantenimiento de estos valores.
- Muy baja autoestima e insatisfacción con la imagen corporal

- Nivel socioeconómico medio-alto
- Estudiantes de grado medio o universitario □ Suelen ser solteras

Prevalencia

Aunque las tasas de prevalencia de la Bulimia Nerviosa varían según el método utilizado y el tipo de cuestionario, se considera que esta afecta especialmente a mujeres en su mayoría adolescentes. Los hombres son menos propensos a padecer la enfermedad. La edad de manifestarse es algo mayor que en la Anorexia Nerviosa situándose entre doce y treinta y cinco años y siendo la edad de máxima prevalencia alrededor de los 24 años.

Diagnostico

Para dar el diagnostico de Bulimia Nerviosa y diferenciarla de la Anorexia Nerviosa se mencionan los siguientes criterios:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - ✓ Ingesta de gran cantidad de alimento en un periodo corto de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de la gente ingeriría en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - ✓ Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso con vómitos, laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayunos y ejercicio excesivo.
- Los atracones y conductas compensatorias se producen al menos dos veces por semana en un periodo de tres meses.
- La autoevaluación está muy influida por el peso y la silueta corporal

Tratamiento

El tratamiento inicial de la Bulimia Nerviosa puede hacerse de forma ambulatoria, no suele requerir hospitalización y puede ser suficiente con sesiones de psicoterapia individual o de grupo, terapia cognitivo-conductual y consejo y

seguimiento nutricionales. En cuanto al tratamiento farmacológico de todos los fármacos, son los antidepresivos los que se han mostrado realmente eficaces.

(30)

2.2. ANTECEDENTES

A nivel internacional

En un estudio realizado sobre “Percepción de la imagen corporal y estado Nutricional Antropométrico en estudiantes Adolescentes”. México, el objetivo fue determinar la percepción de la imagen corporal (PIC) y estado nutricional antropométrico del adolescente, de una escuela de bachilleres de Minatitlán, Veracruz. La muestra estuvo conformada por 222 participantes. El muestreo fue probabilístico, la selección de los sujetos fue aleatorio simple. Se utilizó el instrumento de Osuna Ramírez para determinar la percepción. Entre los hallazgos un 12.9% de hombres se perciben con sobrepeso, pero de acuerdo al IMC solo existe un 26.9%. En relación al IMC existe prevalencia de obesidad en mujeres (4.6%) que en hombres (1.1%). En conclusión, esto nos permitió comparar la percepción (PIC) y el estado nutricional (IMC) de los adolescentes.

(5)

Otro estudio de “Relación entre la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios y estado nutricional en mujeres adolescentes de 11 a 16 años de edad de la Institución Educativa Magdalena Ortega de Marino del Distrito Capital 2013” Colombia. Se evaluó el estado nutricional por IMC, el porcentaje de grasa corporal, la percepción de la imagen corporal por la escala de Stunkard y la ingesta habitual por frecuencia de consumo. Los resultados mostraron que el 68% de las estudiantes se encontraban en normalidad, el 14% de la población presentó delgadez, el 18% se encontró en sobrepeso. El 42% presentaron sobrestimación de su imagen corporal y el 58% se percibieron adecuadamente. Las adolescentes del estudio, presentaron baja frecuencia en el consumo diario de frutas (10.2%) y hortalizas (8.2%); por otra parte, se determinó un elevado consumo diario de dulces (18.6%), comida rápida (13.3%) y bebidas azucaradas

(16%). No se encontró relación entre el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal, tampoco con el consumo de alimentos. (6)

A la vez en la Tesis titulada “Hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal en los niños que asisten a la Escuela Pensionado Ruminahui, ubicado en el distrito Metropolitano de Quito durante el periodo Abril – Junio 2011. Quito-Ecuador. Se realizó la valoración nutricional por IMC por (Cole 2006), porcentaje de grasa por formula de Slaughter (1988) y área magra por medio área muscular del brazo Frisancho (1990), se evaluó la percepción de la imagen corporal por escala de Stunkard y Stellard (1990) y modificado por Collins (1991) y para consumo de alimentos, se aplicó una frecuencia de consumo de tipo cualitativo. Resultados: el estado nutricional por IMC, el 72% de las adolescentes se encontraba en normalidad, el 24% con exceso de peso, y 4% en delgadez. El 78% de los estudiantes sobreestimaron su peso, y 21% se percibieron adecuadamente. Como hábitos alimentarios consumen (11.3%) gaseosas con azúcar, café (26.3%), agua de panela (17.5%), chocolate (20%) un bajo porcentaje (10.1%) no consumen verduras ni hortalizas, del mismo modo el (18.8%) y (15%) consumen a diario dulces y snacks respectivamente. (7)

A nivel nacional

En un estudio de tesis titulada “Relación del estado Nutricional y la actividad física en estudiantes de la Escuela de Bromatología y Nutrición Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos 2012”. Se observó un estado nutricional de sobrepeso del 39.53% en hombres y 19.05% en mujeres, además de un estado nutricional de obesidad de 6.98% en hombres y 5.56% en mujeres. De acuerdo al riesgo cardiovascular según el perímetro de cintura (PC), el riesgo aumentado lo presentó en mayor parte el sector femenino (12.70%) frente al masculino (4.65%), pero en el riesgo muy elevado el sector masculino presentó en mayor parte (6.98%) frente al femenino (3.17%); con respecto al índice cintura-cadera (ICC), solo el sexo femenino presentó un riesgo elevado de 49% con esto se evidencia que tanto en el perímetro de cintura (15.87%) como en el índice cintura-cadera (49%) es mayor en el sector femenino. De acuerdo a la actividad física, la mayor parte de las mujeres lo realiza con

intensidad moderada (42.86%) y la mayor parte de hombres con alta (44.19%). La minoría de ellos lo realiza con intensidad baja (27.91% en caballeros y 29.37 en damas). En lo que corresponde a conducta sedentaria, la mayor parte de hombres presentó una conducta sedentaria baja (58.14%), mientras que para las mujeres fue media (50.79%). La minoría presentó una conducta sedentaria alta (4.65% en hombres y 6.35% en damas). Tanto el índice de masa corporal (IMC), el perímetro de cintura (PC) y el índice cintura-cadera (ICC) son variables dependientes de la actividad física, se encontró fuerte relación entre el PC y el ICC con la actividad física. (8)

Otro estudio de “Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de estudiantes de Educación Secundaria Estatal y Privadas 2012”. Lima-Perú. Resultados Los estudiantes de I.E.E tienen percepción adecuada 62.8% de su IC destacando el género masculino con 34.5% mientras que en la I.E.P fue el 53.9%, el género femenino con 29.4%, sin embargo, el 46.1 % tienen percepción corporal inadecuada, siendo el género femenino 30.4%. En la I.E.E. se encuentran insatisfechos con su IC 56.1% con predominio de género masculino con 35.2%. Los estudiantes de I.E.P. se encuentra insatisfechos con su IC 52.0% siendo las mujeres el de mayor porcentaje 37.3%. Los estudiantes en la I.E.E presentan hábitos poco saludables 66.9%, no saludables 16.9% y saludables 16.2%. En la I.E.P los hábitos alimentarios son poco saludables 54%, no saludables 23.5% y saludables 22.5%. En la I.E.E presentan según IMC normalidad 63.5%, sobrepeso 23% y obesidad 13.5%. En la I.E.P el estado de normalidad 51.1%, sobrepeso 39.2% y obesidad 9.8%. Conclusiones: existe relación entre el estado nutricional y la autopercepción en ambas instituciones educativas. En la I.E.P no existe relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios. (6)

A la vez en su estudio “Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institucion Educativa Teresa Gonzáles de Fanning, 2007”. Se determinó que la mayoría de adolescentes del 5to año de secundaria tiene una autopercepción de la imagen corporal favorable relacionado en las dimensiones perceptiva, porque

consideran que el tamaño de sus pechos y caderas están hechas a su medida y en lo conductual, porque realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso. Sin embargo, existe un porcentaje significativo que tiene autopercepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo, porque piensan y se preocupan por reducir ciertas partes de su cuerpo. En cuanto a los hábitos de alimentación, La mayoría de los adolescentes del 5to año de secundaria de la I. E. Teresa Gonzáles de Fanning tienen hábitos de alimentación saludable relacionado a la frecuencia diaria de consumo de alimentos sin omisiones y en horarios oportunos. Sin embargo, existe un porcentaje mínimo que tienen hábitos de alimentación no saludable dado a la exclusión de alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono. Se puede concluir que existe relación significativa entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de educación secundaria de la I. E. teresa Gonzáles de Fanning, en un 95% al aplicar la prueba estadística del chi cuadrado, es decir cuando la autopercepción es favorable los hábitos son saludable, por lo que se acepta la hipótesis de estudio. (9)

Otro estudio de “Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla o mantenerla en adolescentes, Institución Educativa «Hosanna» - Miraflores.”. Para la parte cuantitativa se evaluaron a 108 adolescentes, la edad promedio fue de 14 años, solo un adolescentes tuvo talla baja los demás fueron clasificados como normales; el 63% de los adolescentes tenía un índice de masa corporal para la edad considerado como normal; en relación a la percepción de la imagen corporal se encontró que un 36.1% de adolescentes tenían una percepción equivocada en cuanto a su peso y un 50.9% tenía una percepción equivocada en cuanto a su talla, y más de la mitad consideraba su peso como normal; para la parte cualitativa se contó con 48 adolescentes, la edad que predominó fue 15 años, la mayoría de los entrevistados tenía una percepción alterada del peso sin embargo la mayoría manifestó sentirse conforme con su cuerpo, realizaban prácticas para corregir su imagen corporal como dietas, ejercicio y uso de medicamentos con el fin de bajar de peso o crecer, manifestaron que sus padres y amigos eran un factor influyente en la decisión de realizar dichas prácticas. Se concluye que los adolescentes realizan prácticas

para corregir su imagen corporal tales como dietas, ejercicios y uso de medicamentos con el fin de bajar de peso o crecer, la decisión de realizar alguna práctica correctiva nace de querer cambiar una parte de su imagen corporal percibida además de ser influenciados de sus padres o amigos. (10)

En el siguiente estudio de “Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes de una Institución Educativa – 2015”. Luego del análisis de resultados se llegó a las siguientes conclusiones: el 43 por ciento de adolescentes tuvieron una percepción de su imagen corporal no alterada, seguido de un 47 por ciento con una percepción de imagen corporal en riesgo y el 10 por ciento con una percepción alterada de su imagen corporal. En relación con los hábitos alimentarios el 61 por ciento presenta adecuados hábitos alimentarios y el 39 por ciento inadecuados. Se encontró que existe relación estadísticamente altamente significativa entre las variables. Palabras claves: Hábitos alimentarios, Imagen corporal, adolescentes. (11)

A nivel local

En el estudio titulado “Hábitos alimentarios en relación al estado nutricional de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2011”. Los resultados según el índice de masa corporal determinaron, que de los 149 evaluados el 82.6% de los estudiantes universitarios se hallan en estado nutricional normal, y el 11.4% se encuentran con sobre peso y el 6% se encuentran con bajo peso, no se encontró ningún caso de obesidad. Al determinar los hábitos alimentarios se encontró que el 54% de estudiantes presentaron regulares hábitos alimentarios, el 24% presentan malos hábitos alimentarios, el 19% presentan buenos hábitos alimentarios. En lo que respecta a la frecuencia de consumo de alimentos de carnes se da interdiariamente en un 37%, 44% consume pescado semanalmente, el 44% consume huevo semanalmente, el 43% consume menestras, 46% consume tubérculos a la semana, 47% consume frutas semanalmente, 45% verduras interdiariamente y el 30% de estudiantes consume bebidas alcohólicas una vez a la semana. Al relacionar los hábitos alimentarios con el estado nutricional se obtuvo que los hábitos alimentarios tienen relación con el estado nutricional en un 95%, por lo

que se acepta la hipótesis alterna del estudio con una probabilidad de error del 5%. (12)

Otro estudio de investigación titulado “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa secundaria Adventista Puno – 2013”. Los resultados muestran que los comportamientos riesgosos respecto a la dimensión de conductas de evitación de alimentos los más riesgosos son: “Miedo a la idea de estar con sobrepeso” con un 21.9 %, “Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos” con 20.3%, “Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo” con 17.2 % y “Pensamiento en quemar calorías mediante el ejercicio físico” con 14.1 %. Respecto a las conductas bulímicas y preocupación por los alimentos los comportamientos más riesgosos son: “Preocupación por los alimentos” con 12.5 %, “pensamiento excesivo y ocupación en la comida” con 7.8 %, “Impulso de vomitar después de comer” con 7.8 %, “Sentimiento de que la comida controla su vida” con 7.8 %. En la dimensión de control oral y presión percibida las conductas más riesgosas son: “Come más lento que los demás “con 21.9 %, “Mantienen un control de la ingesta” con 18.8%, “Sienten presión de los demás para comer” con 14.1 %. Finalmente se concluye que el 48.4 % de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y 51.6 % no presentan riesgo; cabe resaltar que la diferencia porcentual entre estas dos categorías es mínima, pudiéndose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas. (13)

A la vez en el estudio “Estado nutricional e imagen corporal en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 “Emilio Romero Padilla” Puno-2016”. Los resultados fueron los siguientes: El índice de masa corporal evaluada en forma general, muestra que el 74% de adolescentes se encuentran con un estado nutricional normal, 79% con sobrepeso, 6% con riesgo de delgadez, 4% con delgadez y 1% con obesidad. En cuanto a la preocupación por imagen corporal se muestra que el 73% de adolescentes no están preocupados por su imagen corporal, el 13% presenta leve preocupación con su imagen, el 9% moderada preocupación, y el 4% extrema preocupación de la imagen corporal. Estadísticamente, se obtuvo una Chi cuadrada calculada 11.22, y este

es mayor que el valor crítico para un nivel de significancia de $0.02=2.99$ para un grado de libertad $=1$ gl con intervalo de confianza del 75% por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que dice “Existe relación entre el estado nutricional e imagen corporal en adolescentes que cursan el 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 “ERP”, Puno 2016”. (14)

CAPITULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal simple.

3.2. UBICACION DE LA INVESTIGACION

La investigación se desarrolló en el Centro Educativo Parroquial La Inmaculada de la ciudad de Puno. Dicha institución se encuentra bajo la Dirección de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, abarca en su mayoría a estudiantes del sexo femenino, ofrece los servicios de educación inicial, primaria y secundaria.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por 360 estudiantes adolescentes del sexo femenino que cursaron del 1ro al 5to año de educación secundaria en el año 2017.

Criterios de inclusión

- Estudiantes del 1ro al 5to año de educación secundaria.
- Estudiantes con edades entre los 12 a 15 años.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio.
- Estudiantes del sexo femenino.

Criterios de exclusión

- Estudiantes con enfermedades o antecedentes de trastornos en la conducta alimentaria.
- Adolescentes escolares que tengan prescripción dietética por alguna enfermedad.

3.3.2. Muestra

Mediante el método probabilístico aleatorio simple se determinó la muestra que estuvo conformado por 175 estudiantes adolescentes matriculadas en el periodo académico 2017,

$$n = \frac{N \cdot d^2 \cdot Z^2}{(N-1) E^2 + d^2 Z^2}$$

Donde:

N= Población

Z = Nivel de confianza = 95% = 1.96

d²= varianza = 0.25

E = error =0.03

n = Muestra

$$n = \frac{360 \cdot (0.25) \cdot (1.96)^2}{(360 - 1) \cdot (0.03)^2 + (0.25) \cdot (1.96)^2}$$

$$N = \frac{360 \cdot 0.0625 \cdot 3.8416}{359 \cdot 0.0009 + 0.0625 \cdot 3.8416}$$

$$n = \frac{81.2651}{0.465}$$

$$n = 174.764$$

$$n = 175$$

Reemplazando los valores en la fórmula, tenemos un tamaño muestral representativo de 175 unidades de estudio distribuidos de la siguiente manera:

AÑO DE ESTUDIOS	N°
1er año de secundaria	35
2do año de secundaria	35
3er año de secundaria	35
4to año de secundaria	35
5to año de secundaria	35
TOTAL	175

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

- Estado nutricional
- Autopercepción de la imagen corporal
- Estilos de vida

3.4.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
ESTADO NUTRICIONAL	Índice de masa corporal (IMC) para la edad	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Sobre peso • Normal • Delgadez 	<ul style="list-style-type: none"> • Delgadez < -2 - 3DE • Normal 1 a -2 DE • Sobrepeso > 1 a 2 DE • Obesidad > 2 DE
AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Percepción de silueta corporal	<ul style="list-style-type: none"> • IMC real • IMC percibido • IMC deseado 	1,2,3,4,5,6,7,8,9
ESTILO DE VIDA	Condición, actividad física y deporte	<ul style="list-style-type: none"> • Muy saludable 	40 – 70 Pts.
	Recreación y manejo del tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> • Saludable 	71 – 100 Pts.
	Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Poco saludable 	101 –130 Pts.
	Sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • No saludable 	131 – 160 Pts.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Para evaluar la autopercepción de la imagen corporal.

Para la evaluación de la autopercepción corporal de las adolescentes se utilizó

- **Técnicas:** Se empleó la técnica de la entrevista mediante un test para evaluar la autopercepción de la imagen corporal se usa una lámina con siete modelos anatómicos diferentes para ambos sexos donde cada uno debe elegir el modelo con el cual mas se identifique respondiendo a la pregunta ¿con cual de estas imágenes te sientes más identificado? A cada adolescente a partir del modelo elegido le corresponde un índice de masa corporal percibido, luego se procede a pesar y medir al sujeto obteniendo su índice de masa corporal real, restando el valor del índice de masa real y el índice de masa percibido.
- **Instrumentos.** La recolección de información precisó de un documento (Test) elaborado, para conocer la autopercepción de la imagen corporal de las adolescentes. (Anexo A).

3.5.2. Para la identificación de los estilos de vida.

Para la identificación de los estilos de vida de las adolescentes se utilizó:

- **Técnicas:** Se empleó la técnica de la entrevista mediante la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó un test

M. Arrivillaga, I.C. Salazar (2015), adaptado para el trabajo de investigación (2016)

3.5.3. Para evaluar el estado nutricional de las adolescentes.

Se utilizaron:

- **Técnicas:** Observación y medición antropométrica.

Peso: Se utilizó balanzas digitales. La adolescente se situó en el centro de la balanza sin que el cuerpo este en contacto con nada que haya alrededor y con los brazos colgando libremente a ambos lados del cuerpo, con la mirada de frente. La medida se realizó con el mínimo de ropa posible, sin zapatos ni adornos personales.

Talla: Se colocó el tallímetro en una superficie plana, el estudiante se puso de pie, completamente estirado, con los talones juntos y apoyados en el tope posterior y de forma que el borde interno de los pies forme un ángulo de aproximadamente 60 grados. Las nalgas y la parte alta de la espalda estén en contacto con la tabla vertical del tallímetro. La cabeza colocada en el plano de Frankfort, se descendió lentamente la plataforma horizontal del tallímetro hasta contactar con la cabeza del sujeto estudiado, ejerciendo una suave presión para minimizar el efecto del pelo.

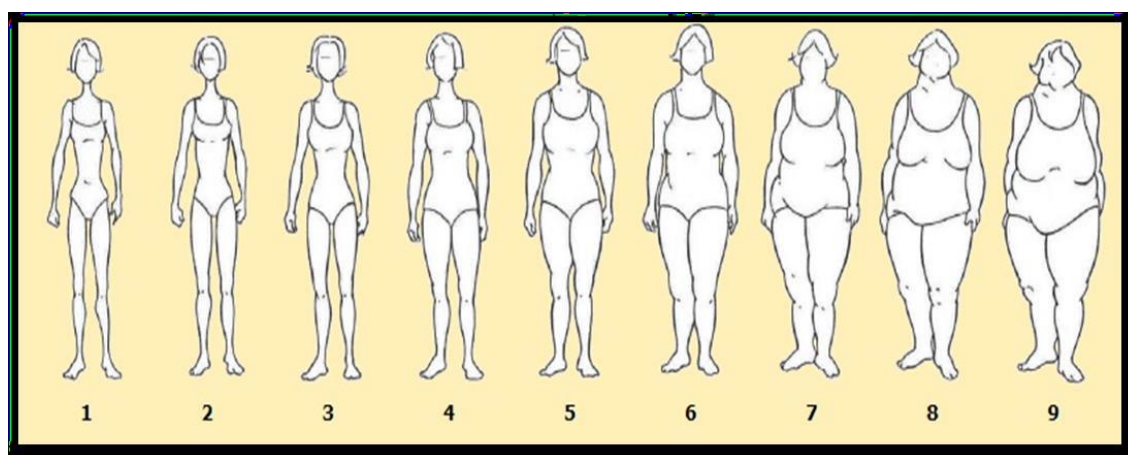
Edad: La edad de los estudiantes se obtuvo verificando la ficha de matrícula, o DNI.

3.5.4. Para la autopercepción corporal

Para la autopercepción de la imagen corporal se usó un test de autopercepción que consiste en una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard (1990) y modificado por Collins (1991). En el mismo se observan 9 figuras femeninas, numeradas del 1 a 9, siendo la primera la más delgada y aumentando progresivamente según va siendo más obesa. Cada figura va asociada a un IMC, que varía desde el 17, la figura que corresponde al 1, hasta el 33 la figura que corresponde a la figura número 9.

Esta equivalencia entre la figura elegida e IMC asociado no estuvo disponible en el test que respondieron las encuestadas.

Modelo de Stunkard y Stellard y modificado por Collins.



SILUETA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMC	17	19	21	23	25	27	29	31	33

En relación con estas figuras las adolescentes tuvieron que responder a 2 preguntas:

- 1) ¿Qué figura crees que representa mejor tu imagen corporal?
- 2) ¿Qué figura te gustaría tener?

3.5.5. Para identificar los estilos de vida

Se utilizó la escala que fue construido por Arrivillaga, Salazar y Gomez 2002 (13), el cual consta de 42 preguntas, clasificadas en 4 dimensiones denominadas: actividad e inactividad física (10 preguntas), recreación y manejo del tiempo libre (5 preguntas), hábitos alimenticios (17 preguntas) y sueño y descanso (10 preguntas).

Estas preguntas tuvieron como respuesta politómica (siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca), dependiendo de las respuestas y para la medición de los criterios se usará los criterios de muy saludable, saludable, poco saludable y no saludable:

- N (Nunca) = 0 punto
- AV (Algunas veces) = 1 puntos
- F (Frecuentemente) = 2 puntos
- S (Siempre) = 3 puntos

Las escalas se dividieron en cuatro partes: (Puntaje total – valor mínimo) /4 y de esta manera se llegará a los siguientes rangos de calificación:

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estilos de vida	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable
Actividad física y deporte	0 - 7	8 - 15	16 - 23	24 - 30
Recreación y manejo del tiempo libre	0 - 3	4 - 7	8 - 12	13 - 15
Hábitos alimenticios	0 - 13	14 - 26	27 - 39	40 - 51
Sueño y descanso	0 - 7	8 - 15	16 - 23	24 - 30

Rangos de calificación general de la escala de calificación de los estilos de vida:

- Muy saludable: 0 – 31 puntos

- Saludable: 32 – 62 puntos
- Poco saludable: 63 – 96 puntos
- No saludable: 97 – 126 puntos

3.6.3. Para evaluar el estado nutricional:

Para evaluar el estado nutricional se realizó las mediciones antropométricas de peso, talla según el protocolo dictado por la Norma Técnica de Salud para la Valoración Nutricional Antropométrica en la Etapa De Vida (MINSA – INS – CENAN) basado a su vez en protocolos dictados por la OMS.

Con el peso y la talla se determinó el estado nutricional a través IMC de cada adolescente y se clasificó según los criterios de la OMS:

- ✓ Delgadez < -2 -3DE
- ✓ Normal 1 a -2 DE
- ✓ Sobrepeso > 1 a 2 DE
- ✓ Obesidad > 2 DE

3.6. PROCESAMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se hará haciendo uso de la estadística descriptivo porcentual.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

O.G.

TABLA N° 01

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE LAS ESTUDIANTES
ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA
INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO**

IMC	IMC REAL		IMAGEN CORPORAL PERCIBIDO		IMAGEN CORPORAL DESEADO		SOBRE ESTIMACION	
	N	%	N°	%	N°	%		
Delgadez	27	15.4%	16	9.1%	8	4.6%	11	6.3%
Normal	102	58.3%	145	82.9%	167	95.4%	43	24.6%
Sobre peso	33	18.9%	14	8.0%	0	0.0%	19	10.9%
Obesidad	13	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	13	7.4%
TOTAL	175	100.0%	175	100.0%	175	100%	86	49.1%

Fuente: Resultados del cuestionario aplicado por la ejecutora Puno, 2017

INTERPRETACION:

Al relacionar la percepción de la imagen corporal con la clasificación del IMC real de las estudiantes del estudio se encontró que a nivel general el 49.1% de las estudiantes sobre estimaron su imagen corporal:

- De las estudiantes que clasificaron con delgadez, El 9.1% de las estudiantes tuvieron una percepción adecuada de acuerdo a su IMC, y el 6.3% sobre estimaron su imagen corporal con respecto a su IMC.
- De las estudiantes que clasificaron normal, El 58.3% de las estudiantes tuvieron una percepción adecuada de acuerdo a su IMC, y el 24.6% sobre estimaron su imagen corporal con respecto a su IMC.
- De las estudiantes que se clasificaron con sobrepeso el, 8.0% tuvieron una percepción adecuada de su imagen corporal de acuerdo a su IMC,

mientras que el 10.9% sobrestimaron su imagen corporal con respecto a IMC real.

- Ninguna estudiantes se percibió con grado de obesidad, mientras que sobrestimaron su imagen corporal un 7.4% con respecto a IMC real.

TABLA N° 02

ESTILOS DE VIDA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA E INACTIVIDAD DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO

ACTIVIDAD E INACTIVIDAD FÍSICA	N°	%
MUY SALUDABLE	21	12.0%
SALUDABLE	81	46.3%
POCO SALUDABLE	51	29.1%
NO SALUDABLE	22	12.6%
TOTAL	175	100.0%

Fuente: Resultados del cuestionario aplicado por la ejecutora Puno, 2017

INTERPRETACION:

La tabla N° 02 presenta los resultados acerca de los estilos de vida según actividad e inactividad física de acuerdo a la clasificación de la encuesta de los estudiantes adolescentes, donde el 46.3% presentan actividad física saludable, 29.1% poco saludable , 12.6% no saludable y muy saludable 12%.

TABLA N° 03

**ESTILOS DE VIDA SEGÚN RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE
DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO
PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO**

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	N°	%
MUY SALUDABLE	24	13.7%
SALUDABLE	75	42.9%
POCO SALUDABLE	52	29.7%
NO SALUDABLE	24	13.7%
TOTAL	175	100.0%

Fuente: Resultados del cuestionario aplicado por la ejecutora Puno, 2017

INTERPRETACION:

La tabla N° 03 muestra los estilos de vida según recreación y manejo del tiempo libre de los estudiantes adolescentes donde se observa que el 42.9% de las estudiantes adolescentes presentan estilos de vida saludable, 29.7% poco saludable, 13.7% no saludable así como 13.7% su estilo de vida es muy saludable

TABLA N° 04

ESTILOS DE VIDA SEGÚN HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO.

HÁBITOS ALIMENTICIOS	N°	%
MUY SALUDABLE	8	4.6%
SALUDABLE	63	36.0%
POCO SALUDABLE	83	47.4%
NO SALUDABLE	21	12.0%
TOTAL	175	100.0%

Fuente: Resultados del cuestionario aplicado por la ejecutora Puno, 2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 04, muestra las respuestas sobre los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de la I.E.P. La Inmaculada donde el 47.4% de las adolescentes presentan estilos de vida poco saludables, 36.0% saludable, 12.0% no saludable y sólo el 4.6% presentan estilos de vida saludables.

TABLA N° 05

**ESTILOS DE VIDA SEGÚN SUEÑO Y DESCANSO DE LAS ESTUDIANTES
ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA
INMACULADA DE LA CIUDAD DE PUNO**

SUEÑO Y DESCANSO	N°	%
MUY SALUDABLE	11	6.29
SALUDABLE	71	40.57
POCO SALUDABLE	79	45.14
NO SALUDABLE	14	8.00
TOTAL	175	100.00

Fuente: Resultados del cuestionario aplicado por la ejecutora Puno, 2017

INTERPRETACION:

La tabla N° 05 muestra los estilos de vida según sueño y descanso de los estudiantes adolescente presentaron estilos de vida poco saludables 45.14%, 40.57% saludables, 8.00% no saludables y el 6.29% sus estilos de vida según sueño y descanso son muy saludables

O.E.1.

TABLA N° 06
ESTILOS DE VIDA DE LAS ESTUDIANTES

ESTILOS DE VIDA	N°	%
MUY SALUDABLE	15	8.6%
SALUDABLE	62	35.4%
POCO SALUDABLE	72	41.1%
NO SALUDABLE	26	14.9%
TOTAL	175	100.0%

Fuente: Resultados del cuestionario aplicado por la ejecutora Puno, 2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 06 presenta los resultados de la escala de perfil acerca de los estilos de vida de los estudiantes adolescentes de acuerdo a la clasificación de la encuesta, donde el 41.1% de los estudiantes presentan estilos de vida poco saludables, no saludables 14.9%, el 35.4% saludables y sólo el 8.6% de los adolescentes presentan estilos de vida muy saludables.

O.E.2.

TABLA N° 07

**ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL
CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA INMACULADA DE LA CIUDAD DE
PUNO**

ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
DELGADEZ	27	15.4%
NORMAL	102	58.3%
SOBRE PESO	33	18.9%
OBESIDAD	13	7.4%
TOTAL	175	100.0%

Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 07 se observa que, de los 175 estudiantes adolescentes evaluados conforme a los resultados obtenidos, el 58.3% de los estudiantes se encuentran normales, el 18.9% sobre peso, el 15.4% delgadez y el 7.4% se encuentran con obesidad.

4.2. DISCUSIÓN

Respecto a la autopercepción de la imagen corporal de las estudiantes adolescentes del centro educativo parroquial la inmaculada de la ciudad de puno, la imagen corporal es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, constituido por 3 dimensiones, el perceptivo que hace referencia a la precisión con que el adolescente percibe su peso, así como las diferentes partes del cuerpo, sin sobreestimar la amplitud de sus medidas. El cognitivo incluye los sentimientos, pensamiento referente a sus formas corporales, en el cual imaginan que sus amigos se fijan en sus defectos como el tamaño, peso y partes del cuerpo generando una preocupación exagerada por su apariencia física y lo conductual son las conductas adoptadas por los adolescentes respecto a la percepción que tienen de su cuerpo, si la percepción es incorrecta, probablemente las conductas también lo sean, tal es así que se comparan continuamente con los demás, hay un control excesivo de su peso y hacen dietas para estar más delgado y tener la figura ideal.

Así también Hartley en 1999 en una evaluación del estado nutricional por antropometría y una encuesta psicológica, entre los hallazgos de su investigación expresa que la mayor parte de ellas estaba insatisfecha con su imagen corporal y padecían trastornos alimentarios intermedios que no eran advertidos por sus padres, con una preocupación exagerada en el control de la cantidad de comida.

Por lo que podemos deducir que la mayoría de las estudiantes adolescentes tiene una autopercepción de la imagen corporal favorable relacionado en las dimensiones perceptiva, porque consideran que tiene un peso adecuado y en lo conductual, por que realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso. Sin embargo, existe un porcentaje significativo que tiene autopercepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo porque piensan y se preocupan por reducir ciertas partes de su cuerpo, es así que la pretensión de una imagen corporal perfecta produce graves distorsiones perceptivas y sitúa al adolescente en una experiencia de permanente insatisfacción corporal, que, si

no es detectada e identificada a tiempo, podría influir en la salud mental del adolescente.

De estilos de vida según actividad física e inactividad de las estudiantes adolescentes del centro educativo parroquial la inmaculada de la ciudad de puno, diversos estudios han demostrado que las personas que realizan una actividad física regular tienen una mortalidad global por todas las causas menor que las personas sedentarias. El ejercicio parece especialmente efectivo para mejorar el estado de salud en ciertas áreas específicas: cardiopatía isquémica, hipertensión, obesidad, diabetes méllitus no insulino dependiente, osteoporosis y salud mental y funciones intelectuales. (2)

La ausencia de ejercicio se va acentuando progresivamente y cada vez afecta a edades más tempranas. Los cambios sociales de la era industrial, unidos a las transformaciones en los hábitos de ocio y la irrupción de tecnologías de la comunicación como Internet, conducen al ser humano hacia el sedentarismo, sin que hasta el presente haya alternativas eficaces para combatirlo.

Debido a la gran proporción de adolescentes que, a nivel mundial, llevan una vida sedentaria y falta de actividad física que los hace propensos a desarrollar algún tipo de enfermedad crónica; nuestro objetivo fue evaluar si estas conductas de riesgo están determinadas por los estilos de vida; así como, si este comportamiento es un factor de riesgo para un incremento en el sobrepeso, obesidad y un estado de salud inadecuado.

En nuestro estudio, llama la atención que la prevalencia de conductas sedentarias es mucho mayor en la muestra de nuestros adolescentes que lo que ha sido reportado en otros países tanto europeos como latinoamericanos. Por ejemplo, en Alemania las conductas sedentarias alcanzan una frecuencia de 37,9 % muy similar en algunos países sudamericanos como es el caso de Argentina en donde se reportó una prevalencia del 38 % (23). Una explicación a estas diferencias tan importantes en la prevalencia de falta de actividad física y conductas sedentarias puede encontrarse en los aspectos socioeconómicos que determinan las condiciones ambientales de los vecindarios (calles mal iluminadas, con alto índice de criminalidad, etc.). Se ha reportado que en los

países donde no existen lugares adecuados para realizar actividad física, así como altos niveles de violencia urbana contribuye a la alta prevalencia de falta de actividad física y conductas sedentarias, lo cual podría ser el caso de la ciudad de Juliaca.

Por otro lado, se ha sugerido que la familia juega un papel muy importante en las conductas saludables de los adolescentes. Por ejemplo, se ha argumentado que la cohesión familiar es un indicador global del funcionamiento familiar, así mismo ha sido identificada como uno de los atributos familiares que funcionan como factor protector contra conductas de riesgo de los adolescentes (27).

En otro punto, de acuerdo con otros autores los adolescentes disponen de mucho tiempo libre fuera del espacio escolar y familiar. Un tiempo que se puede ocupar con actividades divertidas y educativas, que ayudarán a combatir el hastío de los hijos. Es en el tiempo libre donde los adolescentes pueden fomentar la creatividad, la autoestima, la independencia, la socialización, los valores, los hábitos saludables, la responsabilidad, etc. (10)

De los estilos de vida según recreación y manejo del tiempo libre de las estudiantes adolescentes del centro educativo parroquial la inmaculada de la ciudad de puno, se pudo observar que es significativamente menor la realización de actividades extraescolares es variable, ello puede justificarse por la diferencia del rango de edad de la muestra (11-15 años), es así que estos resultados pueden reflejar la influencia de la edad en la participación en actividades extraescolares.

El Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI), (2001) informa que los adolescentes menores realizan actividades de recreación de forma organizada En relación a la edad en nuestro estudio también presenta diferencias ya que es en los escolares del cuarto y quinto de primaria quienes realizan mucho actividades extraescolares, porcentaje significativamente superior al observado en primer y segundo y tercer ciclo de secundaria, se observa una tendencia de

disminución en el porcentaje de participación en actividades extraescolares en relación a la edad.

Según el INEI (2014), las actividades extraescolares son realizadas proporcionalmente por menos alumnos de la enseñanza secundaria que de la educación primaria. En total, de cada 10 alumnos, uno no realiza ninguna de estas actividades en educación primaria frente a dos alumnos en educación secundaria. Hoy en día, estas actividades tienen una fuerte presencia en el tiempo no lectivo en niños y niñas de primaria.

En los últimos años, en nuestro país han ido en aumento los porcentajes de participación de niños y niñas de primaria y secundaria en actividades extraescolares, es así que en la actual sociedad, existe la preocupación de la utilidad que se destina al uso del tiempo libre en los adolescentes, la influencia de agentes socializantes y medios tecnológicos repercuten de tal manera que la educación del tiempo libre se ve opacada por actividades que no ejercen beneficios en la salud aminorando la calidad de vida del ser humano. El tiempo libre es un conjunto de actividades que el individuo realiza para descansar, divertirse, desarrollar su participación social, voluntaria o libre, una vez que se ha liberado de sus obligaciones académicas, familiares y sociales.

Así mismo las actividades físico/deportivas son manifestaciones culturales presentes en todos los grupos y sociedades, podemos decir que la práctica de la actividad física y deportiva se ha popularizado mucho, sobre todo en las sociedades desarrolladas, y más en concreto en el siglo actual. Las motivaciones intrínsecas y extrínsecas juegan un papel fundamental en la práctica físico/deportiva y el uso del tiempo libre, la primera se refiere al compromiso ante una actividad que sólo por placer y diversión provoca hacerla; cuando un adolescente está motivado intrínsecamente, se comporta voluntariamente en ausencia de recompensas materiales, obligaciones o presiones externas. En la motivación extrínseca, el adolescente basa su energía para realizar la actividad en medios externos, su principal motivación no se encuentra dentro de sí, sino que proviene del exterior, pero el fin va a ser el mismo ya que en ambas se busca

diversión, distracción, descanso y placer. Las actividades que realizan los adolescentes durante su tiempo libre van a depender de varios factores como son: género, edad, nivel adquisitivo, educación. (25)

En la tabla podemos observar que los alumnos dedican mayor tiempo a utilizar su tiempo libre en actividades donde se involucra el factor tecnología, en este caso oír música, ver televisión. Así mismo se analiza que existe una tendencia hacia el factor social como parte de su tiempo libre, existe mayor tendencia hacia la convivencia con amigos. Un buen número de los adolescentes dedican su tiempo libre a actividades como ir al cine, conciertos, teatro; sin embargo, cabe destacar que también existen adolescentes que utilizan su tiempo libre en pasear o ver tiendas.

Estas actividades marcan una tendencia hacia factores tecnológicos y sociales. Los medios de comunicación tradicionales y modernos, son un elemento central en la construcción de las culturas adolescentes, con importantes variaciones de consumo en los diferentes contextos de todas las regiones del mundo. Esto debido a que los adolescentes hacen un consumo intensivo de estos medios y extensivo a la variedad de ellos. (23)

Estos resultados nos llevan a afirmar que existe la necesidad de iniciar y/o reforzar la formación de personas en el empleo del tiempo libre. Esta educación debe ser llevada a cabo por los agentes de la educación: padres, en primera instancia, escuela y comunidad. Cabe hacer mención, que, en las escuelas de nuestro país, lamentablemente, mínimamente se incluye el tema del tiempo libre en el currículo. Por ello solo se da recomendaciones sobre su uso, pero no existe una educación del tiempo libre que implique un currículo planificado y desarrollado cuidadosamente.

De los estilos de vida según hábitos alimenticios de las estudiantes adolescentes del centro educativo parroquial la inmaculada de la ciudad de puno, más de la mitad de los alumnos presentó hábitos que fueron poco saludables a no saludables; siendo los alumnos de la institución privada quienes

presentaron mayor porcentaje de hábitos alimentarios saludables y muy saludables; en general se observó que los alumnos presentaron mayor porcentaje de hábitos alimentarios que van de poco saludables a no saludables.

Los hábitos alimentarios nacen en la familia, se desarrollan normalmente durante la infancia y, en particular, durante la adolescencia, se contrastan en la comunidad en contacto con los pares y con el medio social, pero en la adolescencia disminuye, en gran medida, la influencia familiar en este aspecto. Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, estos se modifican en la adolescencia por diferentes factores, que se relacionan estrechamente con los diversos cambios biopsicosociales característicos de esta época (6).

Por otra parte, los adolescentes se caracterizan por tener tendencia a adelgazar y practicar gran variedad de dietas; además, suelen saltarse comidas con frecuencia, picar entre horas, tener preferencia por la comida rápida y comer fuera de casa, debido a la modificación de sus horarios escolares. Estos patrones conductuales se explican, en parte, por la nueva independencia que disfrutan, la dificultad en aceptar los valores existentes, la insatisfacción con la propia imagen, la búsqueda de la propia identificación, el deseo de aceptación por los amigos y compañeros, la necesidad de pertenecer e identificarse con las costumbres y las modas de su propia generación (9).

La alimentación tiene una gran trascendencia en la proyección de la calidad de vida de la persona, una alimentación inadecuada por sí sola puede ser un factor de riesgo. Dentro de ella, ésta el desayuno que es toda una comida necesaria para el desarrollo físico del estudiante, y tiene mucha más importancia de la que le damos. El desayuno debería proporcionar entre el 20 – 25% del aporte energético diario. Sin embargo, suele ser la ingesta que con mayor frecuencia es insuficiente o nula. (28)

Por ello, los estudiantes y los padres de estos han de aprender a armonizar su consumo alimentario con su vida estudiantil, ya que la actividad física o

intelectual repercute en sus requerimientos energéticos y nutritivos. Además, es importante recordar que, independientemente de la actividad del estudiante, las necesidades nutritivas varían para cada persona, en función de su edad, y otras condicionantes individuales y del entorno en el que vive (factores socio culturales, climáticos, etc.) que también han de tenerse en cuenta a la hora de planificar una correcta alimentación.

Durante el año 2014 se desarrolló la Encuesta Global de Salud Escolar (40), aplicada a una muestra representativa de estudiantes del 2°, 3.er y 4.ºto grado de educación secundaria de escuelas estatales, siguiendo la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Los resultados de dicha encuesta muestran que en el último mes solo el 31,7% de entrevistados consumió frutas habitualmente dos o más veces al día, y solo el 8,9% consumió verduras habitualmente tres o más veces al día. En contraste, 54% de ellos consumieron gaseosas una o más veces al día en los últimos treinta días y 10,7% comieron en un restaurante de comida rápida tres o más días en la última semana. (33)

La Estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud hace hincapié en el aumento del consumo de frutas y verduras como una de las recomendaciones a tener en cuenta al elaborar las políticas y directrices dietéticas nacionales tanto para la población como para los individuos. (6)

De los estilos de vida según sueño y descanso de las estudiantes adolescentes del Centro Educativo Parroquial La Inmaculada de la Ciudad de Puno, la alta prevalencia de trastornos del sueño en la población constituye un tema transversal del cuidado de la población, no sólo por el notorio aumento de tales alteraciones, sino por las variadas consecuencias que conlleva en el cumplimiento de las tareas propias del desarrollo, en el mantenimiento de la salud y en las proyecciones para las etapas futuras. En el caso de niños y adolescentes, es importante señalar que estas etapas son cruciales para marcar tendencias de bienestar futuro, en la medida en que se adquieren los hábitos

fundamentales del autocuidado en salud y, particularmente en relación con la higiene del sueño.

En hallazgos recientes se ha indicado que, si bien la sintomatología del mal dormir está más documentada empíricamente en adultos debido, a la configuración de cuadros de síntomas más delineados; en la niñez y en la adolescencia se ha modificado paulatinamente la caracterización de la sintomatología del mal dormir. En estas etapas se solía restar importancia a eventos aislados que no alcanzaban a ser prevalentes; sin embargo, los efectos a largo plazo del mal dormir han variado la concepción y la forma de asociación con la presencia de algunos estados de salud carenciados o alterados. Si bien pareciera que las alteraciones del sueño en poblaciones escolares no siempre producen sintomatología muy específica, como sucede con los adultos, se han encontrado hallazgos que indicarían nuevas asociaciones, como se puede considerar. (17)

Se ha establecido que casi más de la mitad de adolescentes de 11 y 15 años se sienten cansados por falta de sueño y (o) dificultad para dormir, lo que sin duda repercute en la calidad de vida, en el menor rendimiento escolar y en el mayor riesgo de sufrir accidentes. En los niños puede aparecer labilidad emocional, agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, entre otras alteraciones.

El sueño juega un papel fundamental en el desarrollo infantil, de manera que el normal desarrollo de esta actividad neurovegetativa otorga antecedentes invaluable para estimar la calidad de vida de los adolescentes.

En la etapa de adolescente, se requiere entre 9 a 10 h al día, pero si se produce un retardo en el horario de dormir, esto se refleja también en el despertar. En condiciones normales, los despertares durante el sueño disminuyen significativamente en la etapa prepuberal, respecto a la infancia. (28)

La prevalencia de alteraciones en el sueño, constituye un tema que ha cobrado alta relevancia en la discusión científica. El impacto negativo de tales

alteraciones afecta la calidad de vida de la población y particularmente la de los adolescentes, al encontrarse asociaciones directas entre el mal dormir y diversas alteraciones de la salud.

De acuerdo con los antecedentes expuestos, es imprescindible resaltar que el logro de una alta calidad de sueño, particularmente en la edad escolar, depende en gran medida de los conocimientos que se tengan sobre la adecuada higiene del sueño, la que no siempre se alcanza de una manera espontánea. Un alto porcentaje de la población escolar necesita ser apoyado con una educación efectiva, basada en hallazgos científicos actualizados y aplicando modalidades de enseñanza didácticas vivenciales para que los niños y jóvenes puedan comprender la información, desarrollar los hábitos de higiene del sueño indispensables y valorar los aportes del buen dormir para su desarrollo integral. (25) De esta forma, es imprescindible erradicar la carencia de conocimientos, que impiden la generación de comportamientos autorregulatorios, que prevengan las nefastas consecuencias que traen consigo las alteraciones del ciclo normal del sueño, tanto en términos funcionales, orgánicos como psicológicos.

Se hace necesario entonces, ampliar las acciones que permitan introducir cambios sustantivos en la adopción de hábitos saludables asociados al buen dormir. Para tal efecto, se cuenta con factores probadamente efectivos, que sería conveniente integrar en los planes formativos de los establecimientos educacionales, de manera de promover la calidad del sueño de los adolescentes. Esto supone que los escolares no sólo adquieran los conocimientos adecuados, sino que desarrollen comportamientos autorregulatorios y tomen decisiones adecuadas en bien de la calidad de vida, que les otorga el buen dormir, por lo cual, los padres y los profesores, entre otros actores sociales, deben adoptar conductas que contribuyan a preservar a los niños y adolescentes de situaciones que puedan generar presiones que dificulten el buen desarrollo del sueño.

En general los estilos de vida de las estudiantes, consiste en la actitud que caracteriza la participación en variadas actividades y que resulta de la

satisfacción que estas brindan al individuo, en ellas haya expresión el espíritu y través de ella se contribuye a una vida plena, alegre y satisfactoria. Ha sido científicamente comprobado que aquellas personas que se ven inmersas en sus rutinas diarias y que no dedican espacios a experiencias de recreación, suelen sufrir por lo general mayores niveles de stress, angustia y/o ansiedad. Por tanto, la recreación sirve al ser humano no sólo para activar el cuerpo, sino también para mantener en un sano equilibrio a la mente. (27)

Así mismo el bajo ingreso económico de los padres podría tener diferentes efectos sobre la salud de sus hijos dentro de los cuales se ha mencionado la depresión y desgaste mental a un ritmo mucho más acelerado que la población general a través del transcurso del tipo de actividad que realizan. Uno de los problemas y los riesgos más grandes que empeora toda la situación es la disminución de las horas de sueño y los malos hábitos relacionados al dormir. Los malos hábitos del sueño se relacionan con problemas cognitivos, enfermedades crónicas, capacidades mentales reducidas y mortalidad prematura.

El descanso diario es vital para mantener el cuerpo y la mente en buen estado durante todo el día. Sin duda, dormir bien es sinónimo de salud. Seguro que algunas veces se ha experimentado esa horrible sensación de estar cansado, irritable, con dolor de cabeza durante el día por haber dormido poco o mal la noche anterior. Hay que tener en cuenta que la falta de sueño repercute en todos los aspectos de la vida del estudiante, en su capacidad para concentrarse en las clases, en su estado de ánimo y en el rendimiento académico. (3)

Realizar actividades de relajación es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

El estilo de vida de los adolescentes es un asunto que suscita mucha preocupación en nuestra sociedad, y no sólo entre los profesionales. Se sabe que durante la adolescencia se aprenden comportamientos que tienen una importante repercusión sobre la salud de las personas, tanto a corto como a largo plazo, y que serán difíciles de modificar en la vida adulta.

Los avances científicos han propiciado que la sociedad experimente cambios importantes en los indicadores vinculados a salud. Si bien éstos han permitido un incremento en la esperanza de vida al nacer de la población mundial, también han significado la aparición de problemas de salud emergentes que pudiesen ser más difíciles de erradicar que los que afectaban en antaño, pues su raíz radica en los estilos de vida de las personas.

Sosa L. (2014). En su estudio titulado “Hábitos alimentarios y estilos de vida relacionados con el índice de masa corporal de los estudiantes adolescentes de Instituciones Educativas estatal y no estatal de la ciudad de Puno. Noviembre 2013 – Enero del 2014”, identificó que el 35,5% de los estudiantes del Colegio Secundario José Carlos Mariátegui Aplicación UNA presentaron hábitos alimentarios malos, 52,3% regular y 12,1% malos y el Colegio Privado San Ignacio de Loyola el 57,9% de los estudiantes presentaron estilo de vida malos, 27,1% regular y 15% malos. Estos resultados coinciden con los encontrados en el presente estudio.

Con Respecto al estado nutricional de las estudiantes adolescentes del Centro Educativo Parroquial La Inmaculada de la Ciudad de Puno, existe aquel aforismo popular que decía “la gordura es hermosura” ha ido perdiendo terreno, para dar paso a otra concepción muy de moda: la que asocia la belleza, especialmente de la mujer- con la delgadez.

Más allá de las preocupaciones en el campo de la estética corporal, la obesidad representa un problema severo de Salud Pública por las siguientes razones: las personas afectadas con sobre peso y obesidad a más de mostrar limitaciones en sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales, tienen una expectativa de

vida menor que la de las personas con peso normal; un buen número acusa los signos y síntomas del llamado síndrome metabólico, siendo serias candidatas a desarrollar graves enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares que son actualmente las principales causas de enfermedad y muerte en el Perú y en el mundo. Solamente por problemas cardiovasculares cada año mueren unos 18 millones de personas en el planeta. Estas enfermedades, sin embargo, no son los únicos riesgos; hay otros relacionados con problemas respiratorios, gastrointestinales, algunos cánceres y otros más que caen en la esfera de lo psicológico y social (autoestima baja). (23)

Se ha demostrado que un tercio de los pre-escolares y la mitad de los escolares con obesidad tendrán obesidad en su adultez y estarán expuestos a un alto riesgo de padecer diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial (34). De manera que la obesidad en la infancia y adolescencia es un factor pronóstico de la obesidad en el adulto. Así, se estima que el 80% de los adultos con obesidad severa tenían obesidad durante la adolescencia.

Es natural que los niños y adolescentes aumenten de peso conforme crecen, puesto que normalmente con el crecimiento aumentan el tamaño y volumen de sus huesos, de sus músculos y, por supuesto, la cantidad de masa grasa. Sin embargo, se han señalado tres períodos que resultan críticos para el desarrollo de obesidad, el prenatal, de los 5 a 7 años, y la adolescencia, especialmente en las mujeres. Cuando un estímulo o riesgo opera durante estos períodos críticos el individuo experimenta una “programación” o “huella metabólica” que provoca una alteración permanente de determinados procesos biológicos y acarrea en el largo plazo alteraciones en el perfil lipídico, presión arterial, tolerancia a la glucosa, y riesgo de obesidad (26).

En la ciudad de Puno no existen datos de la magnitud del problema de obesidad en la población de adolescentes. Consecuentemente, el objetivo del presente trabajo fue llenar este vacío.

Tanto en los niños como en los adolescentes peruanos, el exceso de peso es más frecuente en aquellos que estudian en escuelas y colegios del régimen privado, pertenecientes generalmente a estratos socio-económicos medios y altos, pero está presente también en los niños y adolescentes que provienen de familias de estratos bajos, pobres en su mayoría, que asisten a las escuelas estatales. Consideramos que la obesidad en la pobreza (9) es un hecho manifiesto en el Perú. Diez de cada cien escolares y casi diecinueve de cada cien colegiales que estudian en escuelas estatales, en su gran mayoría hijos de familias empobrecidas, tienen exceso de peso. (28)

La evaluación del estado nutricional utilizando medidas antropométricas se enmarca en la denominada antropometría nutricional y dentro de ella se encuentra el índice de masa corporal que refleja las reservas corporales de energía y también es un buen descriptor de estados deficitarios, es por ello que permite describir además de la presencia de obesidad, la presencia de deficiencia energética crónica, por lo tanto la práctica de estilos de vida saludable es un excelente instrumento para prevenir enfermedades y promover la salud. Por lo que se puede deducir que la mayoría de estudiantes tienen estilos de vida no saludable con índice de masa corporal normal y estilos de vida saludable con índice de masa corporal normal y un mínimo porcentaje presenta estilos de vida no saludables y tiene bajo peso y sobrepeso.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los estudiantes adolescentes de la Institución Centro Educativo Parroquial La Inmaculada de Puno, sobre estimaron su imagen corporal, tanto en lo perceptivo que hace referencia a la precisión con que el adolescente percibe su peso, así como las diferentes partes del cuerpo, al sobre estimar la amplitud de sus medidas.

SEGUNDA: Los estilos de vida de los adolescentes del Centro Educativo Parroquial La Inmaculada de Puno, los estudiantes presentan estilos de vida poco saludables, no saludables con un mayor porcentaje mientras que con un pequeño porcentaje los adolescentes presentan estilos de vida muy saludables..

TERCERA: El estado nutricional de los adolescentes del Centro Educativo Parroquial La Inmaculada de Puno los estudiantes adolescentes el se encuentran normales, seguido de sobre peso, delgadez y obesidad respectivamente de acuerdo a los porcentajes obtenidos.

VI. RECOMENDACIONES

1. A la Directora de la Institución Educativa Parroquial la Inmaculada realizar coordinaciones con el área de Tutoría para que se elaboren actividades educativas sobre alimentación en el estudiante de nivel primario y secundario.
2. Fortalecer talleres que se realizan en el área de tutoría, para continuar con buena construcción de autoestima e imagen corporal de los educandos de la Institución.
3. Proponer a la Dirección de Estudios de la Institución Educativa, la inclusión de actividades físicas en el desarrollo curricular para fomentar los estilos de vida saludable.
4. Proponer también cursos de nutrición, o hábitos alimentarios para que las estudiantes de esta u otra Institución Educativa mejore respecto a los estilos de vida saludable.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ayela Pastor, María Rosario Trinidad (2009), Adolescentes: Trastornos de alimentación, Editorial Club Universitario San Vicente, Madrid España, ISBN 978-848454-953-6 P.p. 64:76
2. Barquero Sánchez Karin Yolanda (1998), Informe de Tesis: Evaluación de la incidencia de anorexia nerviosa en mujeres adolescentes de 15-17 años de seis colegios privados de la Ciudad de Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Guatemala, Guatemala.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Nutrition [Revista en Internet].; 2016 [acceso 24 de Noviembre del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
4. Riquelme S. Factores de riesgo al estado nutricional y su repercusión en el rendimiento escolar de estudiantes del 2do al 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Ccotos-2012. Puno.
5. Gonzales G., Vasquez E., (2012). "Percepción de la imagen corporal y estado Nutricional Antropométrico en estudiantes Adolescentes". México.
6. Rios A. (2013). Relación entre la percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios y estado nutricional en mujeres adolescentes de 11 a 6 años de edad de la Institución Educativa magdalena Ortega de Marino del Distrito Capital 2013. Colombia.
7. Espinoza O. (2014). Hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal en los niños que asisten a la Escuela Pensionado Ruminahui, ubicado en el distrito Metropolitano de Quito durante el periodo Abril – Junio 2011. Quito-Ecuador.
8. Santillan J. (2012). Relación del estado Nutricional y la actividad física en estudiantes de la Escuela de bromatología y Nutrición Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos.
9. Juarez A.M. (2013). Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de estudiantes de Educación Secundaria Estatal y Privadas 2012. Lima-Perú.
10. Enriquez R. (2015). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla o mantenerla en adolescentes, Institución Educativa «Hosanna» - Miraflores.". Perú.

11. Alvarado L., Echegaray C. (2016). En el estudio “Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes de una Institución Educativa – 2015”. Lima. Perú.
12. Luque M. L. (2011). Hábitos alimentarios en relación al estado nutricional de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2011.
13. Ibañez F. (2014). Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa secundaria Adventista Puno – 2013. Perú.
14. Apaza Y. 2017. Estado nutricional e imagen corporal en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 “Emilio Romero Padilla. Puno-2016. Perú.
15. Redondo, C., Galdo G., Garcia M., (2008). Atención al adolescente, Editorial: Publican, España.
16. Aguirre de Trabanino, (2000), El valor de la Autoestima Impresos D&M Guatemala Centro América.
17. Casanueva Esther (2008), Nutriología Medica, Tercera Edición, Editorial medica Panamericana, México D.F., ISBN 978-968-7988-74-0, P.p. 119:140
18. Requejo Ana M., Ortega Rosa, (2002), Nutrición en la adolescencia y juventud, Editorial Complutense, S.A. Madrid España ISBN 84-7491-691-7, P.p. 49:55.
19. Feutchmann, Ch. (2006). Autoestima y sobrepeso. Revista club XENICARE, Temuco
20. Chavez V. (2007) para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Medica Clínica 2007; 128 (5):115-19.
21. Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PROSAN-, (2009), Protocolo de Atención Nutricional para Adolescentes, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, Guatemala, P.p. 13-14, 27-32
22. Mataix Verdú José, Tratado de Nutrición y Alimentación, (2009), nueva edición, Barcelona España, ISBN 978-84-95199-84-3

23. Gil Ángel (2003), Tratado de Nutrición Humana en el Estado de Salud, Tomo III, Tercera edición, Editorial Medica Panamericana, Madrid España, ISBN 978-84-9835-348-8 p.p. 250:260.
24. Gordon Wardlaw (2004), Perspectivas en Nutrición, Sexta edición, Editorial McGraw-Hill México, ISBN 970-10-47-30-3
25. Sosa L. (2014). Hábitos alimentarios y estilos de vida relacionados con el índice de masa corporal de los estudiantes adolescentes de Instituciones Educativas estatal y no estatal de la ciudad de Puno. Noviembre 2013 – Enero del 2014. Puno.
26. Ratner C. (2009), Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes chilenos, Revista chilena de Nutrición, Versión Impresa 07-16-1549, Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología, Chile.
27. Durán S, et Al (2014) Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la universidad Santo Tomás de Chile. Nutr Hosp.
28. Lora Cortez Carmiña Isabel, (2006), Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México, Salud Mental, Volumen 29, No. 3.
29. Gómez Del Barrio José Andrés (2009), Convivir con los Trastornos de La Conducta Alimentaria, Editorial Panamericana, (1era Edición) Madrid España, Editorial Medica Panamericana, S.A. ISBN 978-84-9835-194-1 Pp. 3-5, 8-13, 15
30. García Sandoval Clara (2009), Anorexia y Bulimia en varones adolescentes: Factores de riesgo, Revista de psicooncología, Murcia España.
31. Salas - Salvado Jordi (2008), Nutrición y dietética Clínica, Segunda Edición, Editorial MASSON, Barcelona España, ISBN 978-85-458-1843-5, P.p. 144-147
32. Serra Majem Lluís, (2006), Nutrición y Salud Pública, Segunda Edición, Barcelona España, Editorial MASSON S.A., ISBN 84-458-1528-8, PP. 118.
33. Landaeta, C., (2007), Problemas de sobrepeso en niños y adolescentes. Revista mujer saludable, México D. F disponible en la página de Internet <http://www.mujersaludable.com/ms/news.php?extend.203>

ANEXOS

ANEXO A**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y EVALUACIÓN NUTRICIONAL**Nombre y Apellido:
_____Sexo: Masculino () Femenino () Edad:
_____Institución educativa:
_____Grado que cursa:
_____Fecha de evaluación:

Peso: _____ kg.

Talla: _____ mts.

IMC: _____

Dx. Estado nutricional:

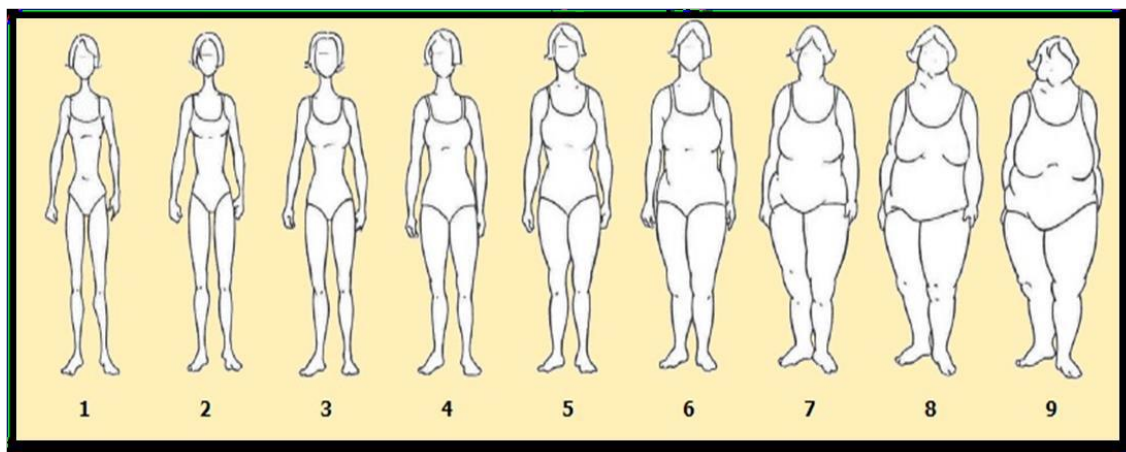
ANEXO B

MODELOS ANATÓMICOS DE AMBOS SEXOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA
AUTOPERCEPCIÓN

Instrucciones: Observe las siguientes imágenes y responda a la pregunta que aparece abajo, a continuación, marque con una "X" a la figura elegida.

- 1) ¿Qué figura crees que representa mejor tu imagen corporal?
- 2) ¿Qué figura te gustaría tener?

Modelo de Stunkard y Stellard y modificado por Collins.



ANEXO C

ESTILOS DE VIDA

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar los estilos de vida saludable. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su comportamiento, conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

Por favor elija la respuesta apropiada para cada pregunta. Marque con una X. Elija 0 si es **Nunca**, 1 si es **Alguna vez**, 2 si es **Frecuentemente**, 3 si es **Siempre**.

DATOS DEMOGRÁFICOS					
Nombre(s) y apellido(s): _____					
Institución educativa: _____					
Grado de estudios: _____ Género: Masculino ____ Femenino ____ Edad: _____					
DIMENSIÓN DE ACTIVIDAD E INACTIVIDAD FÍSICA					
		0	1	2	3
1	Haces algún ejercicio físico, aparte de las clases del colegio				
2	Practicas algún tipo de actividad física o deportiva además de la que realizas en la escuela los días de Educación Física				
3	Caminas por lo menos 15 minutos por día				
4	Haces actividades físicas y/o deportivas con tu familia				
5	Juegas en el parque, jardín o patio con otros niños o compañeros				
6	A la hora de recreo hace algún deporte o actividad física				
7	Te pasas una buena parte de la mañana o tarde acostado				
8	Te quedas en casa sentado o acostado, en vez de jugar o hacer deporte o actividad física				
9	Estas más tiempo en la computadora o videojuegos que jugando fútbol u otro deporte o actividad física				
10	Te pasas 2 horas o más viendo programas de televisión				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE					
		1	2	3	4
11	Practicas actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
12	Incluyes momentos de descanso en tu rutina diaria				
13	Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre				
14	En tu tiempo libre realiza actividades de recreación (leer, pasear, cine)				
15	Destina parte de tu tiempo libre para actividades académicas				
HÁBITOS ALIMENTICIOS					
		1	2	3	4
16	Tomas refrescos o jugos embotellados				
17	Tomas leches saborizadas: chocolate, fresa, etc				
18	Comes frutas y verduras continuamente				
19	Desayunas antes de salir de tu casa				
20	Comes pizzas o hamburguesas				
21	Comes panes o pastelitos de paquete				
22	Si estas aburrido o triste te da por comer				
23	Consumes 5 comidas al día (desayuno, lunch, comida, colación de media tarde, cena)				
24	Comes algunas golosinas o frituras como: chicles, caramelos, papas de bolsa, etc.				
25	Cuando tienes sed tomas agua sola				

26	Sigues comiendo aunque ya no tengas hambre, solo por acabar lo que tienes en el plato				
27	Comes al menos 2 frutas al día				
28	Cuando ves la televisión comes golosinas o frituras				
29	El lunch (lonchera) que comes todos los días la compras en la escuela o en la calle				
30	Si tienes hambre entre comidas, comes una fruta				
31	A la hora de comer ves la televisión				
32	Consumes helados, malteadas, café o chocolate, preparados con crema batida, manjar o chispas de chocolate				
SUEÑO Y DESCANSO		1	2	3	4
31	Duerme al menos 7 horas diarias				
32	Te desvela				
33	Duerme bien y te levantas descansado				
34	Te cuesta trabajo quedarte dormido				
35	Te despiertas en varias ocasiones durante la noche				
36	Te levantas con la sensación de una noche mal dormida				
37	Acostumbras hacer la siesta				
38	Te mantienes con sueño durante el día				
39	Tienes horario para cenar e irte a la cama				
40	Respetas tus horarios de sueño, (ej. No se trasnocha previamente a un examen o a la entrega de un trabajo)				

M. Arrivillaga, I.C. Salazar (2015), adaptado para el trabajo de investigación (2016)

EVIDENCIAS



