



UNIVERSIDAD UCINF
Labor Constantiae Triumphare
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Estudio Descriptivo del Estado Nutricional, Tendencia Alimentaria, Coexistencia de Depresión Diagnosticada Medicamente, y Dificultades en las Relaciones Interpersonales Individuales

Tesis para obtener el grado de Licenciado en Nutrición y Dietética

Autores: Pamela Ester Alvial Soto
Valeria Pilar González Ramos
Cecilia Angélica Vergara Vergara

Profesor Patrocinante: Manuel Octavio Sánchez Avilés.

Profesor Guía: Geraldine Lapuente.

Santiago, Julio de 2013

En esta instancia quiero agradecer a aquellas personas que formaron parte de mi vida y que me ayudaron a hacer posible esta meta. A Dios, simplemente por todo lo que me ha dado día a día. A familia y en especial a mi mamá Marcia Ramos B. por darme su confianza, aconsejarme y estar siempre junto a mí. A mi papá Juan González C. por entregarme los recursos para sustentar este largo proceso y por su apoyo. A mi pareja Leonardo Villaseca U. por apoyarme en todo momento, ayudarme, aconsejarme y entregarme su amor. A todos mis amigos/as, en especial a Isabel Leyton A. y Daniela Pino R. por compartir los buenos y malos momentos. A mi hijo peludo y de 4 patas, Benito, mi perro, mi fiel compañero de vida, por su compañía y apoyo cada día y en tantas noches de estudio y estrés, por recibirme y esperarme cada día con amor y felicidad. A los profesores y académicos de buen corazón y voluntad por traspasar parte de sus conocimientos. Muchas gracias a todos.
Valeria González Ramos.

La presente tesis se la quiero dedicar a mi familia que gracias a su apoyo incondicional, por sus consejos y palabras de aliento pude concluir mi carrera profesional A Dios por darme la vida y una familia hermosa unida y sobre todo llena de amor A mi padre Carlos Alvial S, por brindarme los recursos necesarios para poder solventar mis estudios, por enseñarme a ser una persona de bien con valores sólidos y por todo el sacrificio que realiza día con día que nunca me cansare de agradecerse y todas aquellas mañanas en me acompañaba a tomar la micro para que nada malo me pasara en el trayecto A mi madre Alicia Soto M por estar pendiente de mí durante toda la etapa de mi vida, por su sacrificio diario por todos aquellos regaños justificados me enseñaron a ver la vida desde otra perspectiva por sus consejos y por estar en los momentos que más la necesitaba A mis hermanos Carlos Alvial S y Fernando Alvial S, simplemente por alegrarme la vida con sus sonrisas y porque ustedes son mi vida e inspiración.
A mi novio Miguel Soto A por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y la elaboración de la tesis, ocuparon mi tiempo y esfuerzo, por sus consejos, enseñanzas y sobre todos por su amor incondicional
A mis Abuelos Fernando Alvial A y Aurora Silva H por su preocupación, su apoyo y sobre todo por su amor infinito hacia todos sus nietos y por enseñarnos el valor de la familia.
A mi Madrina y tía Isabel Alvial S, por ayudarme económicamente con los pases diarios por cariño incondicional y por quererme como a una hija
Realmente no hay palabras que logren expresar lo mucho que quiero agradecerles
Pamela Alvial Soto

Quiero agradecer a todos aquellos que han sido parte de este proceso, en especial a mis hijas Sabina y Ailyn, por su apoyo, ayuda y comprensión.
Cecilia Vergara V.

Además, queremos agradecer a nuestro profesor patrocinante Manuel Octavio Sánchez y a la profesora guía Geraldine Lapuente, por su apoyo, ayuda en este proceso.

INDICE

	Página
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Formulación de la Pregunta	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	4
1.5 Síntesis	5
Capítulo 2: Marco Teórico	
2.1 Marco Contextual	7
2.1.1 Antecedentes Históricos del Problema	7
2.1.2 Estadísticas Nacionales e Internacionales	8
2.1.3 Legislación Nacional e Internacional	10
2.1.4 Programas de Salud Relacionados	11
2.1.4.1 Ego – Chile	11
2.1.4.2 Programa 5 al día	11
2.1.4.3 Proyecto de ley “kiosco saludable”	12
2.2 Marco Teórico	
2.2.1 Alimentación Saludable	14
2.2.2 La obesidad y las dificultades en las relaciones Interpersonales	17
2.2.3 Adolescencia, depresión, violencia escolar y estado Nutricional	21
Capítulo 3: Metodología	
3.1 Paradigma Positivista	25
3.2 Método Cuantitativo	25
3.3 Tipo de Investigación: Descriptiva	25
3.4 Diseño No Experimental Transeccional	26
3.5 Hipótesis	26
3.6 Rol del Investigador	27

3.7 Población	27
3.8 Muestra	27
3.9 Descripción del Instrumento de Recolección de Datos	27
3.10 Proceso de Construcción del Instrumento	28
3.11 Validación del Instrumento de Recolección de Datos	28
3.12 Análisis de Datos	34
Capítulo 4: Resultados	36
4.1 Antecedentes Personales de la Población Total	36
4.2 Antecedentes de Salud de la Población Total	37
4.3 Antecedentes Familiares de la Población Total	37
4.4 Antecedentes Sociales de la Población Total	38
4.5 Antecedentes según Aspecto Físico de la Población Total	39
4.6 Antecedentes Alimentarios de la Población Total	40
4.7 Antecedentes Personales en la Población con Malnutrición por Exceso	44
4.8 Antecedentes de Salud en la Población con Malnutrición por Exceso	44
4.9 Antecedentes Sociales en la Población de Malnutrición por exceso	45
4.10 Antecedentes de Bullying por Aspecto Físico en la Población con Malnutrición por Exceso	46
4.11 Antecedentes de Tendencia Alimentaria en la Población con Malnutrición por Exceso	47
4.12 Antecedentes de Tendencia Alimentaria según el Estado Nutricional	49
Capítulo 5: Discusión	51
Capítulo 6: Conclusiones	54

Índice Tablas:

Tabla 1: Síntesis de Investigación	6
Tabla 2: Principales Características de la Obesidad	13
Tabla 3: Operacionalización de las Variables de Investigación.	30
Tabla 4: Definición de las Variables.	31
Tabla 5: Esquema Composición Porcentual	33
Tabla 6: Distribución según edad en años.	34
Tabla 7: Distribución según consumo de lácteos al día en porciones.	35

Índice Gráficos

Gráfico 1: Distribución de frecuencia según estado nutricional.	36
Gráfico 2: Distribución según la cantidad de Adolescentes en estudio diagnosticados con depresión.	37
Gráfico 3: Distribución según la percepción de las relaciones sociales individuales que mantienen los adolescentes en estudio con su entorno.	38
Gráfico 4: Distribución según conductas de liderazgo.	39
Gráfico 5: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio que sufren de bullying.	39
Gráfico 6: Distribución según la percepción de la autoimagen corporal.	40
Gráfico 7: Distribución según el consumo de verduras al día en porciones.	41
Gráfico 8: Distribución según el consumo de frutas al día.	42
Gráfico 9: Distribución según el consumo de frituras.	42
Gráfico 10: Distribución según el consumo de alimentos azucarados.	43
Gráfico 11: Distribución según el consumo de cena.	44
Gráfico 12: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad que presentan depresión.	45

Gráfico 13: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad que presentan dificultades de sociabilización.	45
Gráfico 14: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad que sufren de bullying por su aspecto físico.	46
Gráfico 15: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad y la percepción de su imagen corporal.	47
Gráfico 16: Distribución según el consumo de verduras al día en porciones en los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad.	48
Gráfico 17: Distribución según el consumo de frituras en los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad.	48
Gráfico 18: Distribución según el consumo de alimentos azucarados en los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad.	49
Gráfico 19: Distribución según estado nutricional y sociabilización.	49
Gráfico 20: Distribución según estado nutricional y consumo de Almuerzo	50
Gráfico 21: Distribución según estado nutricional y consumo de frutas al día.	50
Índice Figuras	
Figura 1: Mapa Conceptual Alimentación Saludable	16
Figura 2: Mapa Conceptual Factores Incidentes de la Obesidad	20
Figura 3: Mapa Conceptual Relación entre Obesidad y Depresión	24
Anexos	
Anexo 1 Cuestionario Aspectos Psicosociales	57
Anexo 2 Cuestionario Tendencia Alimentaria	60
Matriz de Datos	62
Bibliografía	

INTRODUCCION

El perfil epidemiológico de las enfermedades en Chile, ha cambiado notoriamente en las últimas décadas. Las diferentes acciones en salud, la generación de un mayor conocimiento en áreas prioritarias y la mejoría en las condiciones de saneamiento ambiental, entre otras, han permitido erradicar la desnutrición infantil y disminuir la prevalencia de las enfermedades infecciosas.

Los datos de vigilancia epidemiológica que disponemos, a través de las estadísticas del Ministerio de Salud, demuestran que la población infantil, menor de 6 años, presenta cifras cada vez menores de bajo peso y un incremento importante en los niveles de malnutrición por exceso. La malnutrición por exceso se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial. Los cambios socioculturales, una vida agitada y rápida, el bajo precio económico de la llamada "comida chatarra", un disminuido consumo de alimentos ricos en nutrientes de alta biodisponibilidad, vitaminas y minerales, el aumento del sedentarismo, entre variadas causas más, llevan a perder el equilibrio entre la ingesta y el gasto energético, provocando un desbalance nutricional por exceso, en el organismo.

Actualmente, existen diversas iniciativas, tanto en el ámbito de salud como de educación, y en conjunto con grupos académicos expertos, cuyo objetivo es contribuir a la promoción de la salud y a la prevención, tanto de la malnutrición por exceso como de las enfermedades asociadas a ella (ECNTs, psicopatologías).

El Ministerio de Salud en respuesta a la necesidad de concordar la forma de evaluar a los escolares y adolescentes formuló en el año 2004, la norma técnica de evaluación del estado nutricional del niño(a) de 6 a 18 años, lo que constituye el primer paso para avanzar en la tarea de intervenir también en este grupo etario.

En el primer capítulo de esta investigación se analizarán diversos estudios, relacionados al problema de investigación, estos nos entregarán un enfoque estadístico el cual nos dará una visión más completa en cuanto a la trascendencia epidemiológica del problema de la obesidad tanto en Chile como a nivel mundial, como así también de todos los factores que se relacionan a esta condición; tanto físicos, como psicológicos y alimentarios.

En base a estos datos y con una perspectiva más clara de la situación en que se encuentra Chile en cuanto a la malnutrición por exceso en la población, se formuló la pregunta de investigación, con el fin de pesquisar la coexistencia entre los factores mencionados anteriormente. Para luego establecer objetivos de investigación generales y específicos.

En el segundo capítulo se contextualizará el problema de investigación y para esto se indagará sobre diversos temas relacionados a la obesidad, sus consecuencias físicas y psicológicas, la influencia de la mala alimentación, y malos hábitos alimentarios en especial en la población infantil y adolescentes así como también, la presencia de depresión en esta condición, para ser una guía hacia la problemática de investigación.

En el tercer capítulo se establecerá el modelo y enfoque metodológico, el cual estará enfocado en el paradigma positivista de tipo cuantitativa descriptiva no experimental transeccional, y se indagaran la presencia de malnutrición por exceso, tendencia alimentaria, depresión diagnosticada medicamente, dificultades en las relaciones interpersonales y la coexistencia entre estos factores.

El estudio se llevará a cabo en una población de 135 adolescentes de 14 a 18 años, que cursan primero medio en el Liceo Politécnico El Señor de Renca. Tomando una muestra de 95 adolescentes de manera aleatoria. Ya seleccionado el diseño de investigación y la muestra, la siguiente etapa consiste en la recolección de datos pertinentes a los factores involucrados en la investigación, esto se llevara a cabo a través del método de encuesta. Los datos registrados serán tabulados y expuestos en el cuarto capítulo mediante tablas de distribución y gráficos de barras, los cuales serán analizados de manera estadística.

RESUMEN

Introducción: La obesidad se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más frecuente a nivel mundial, se caracteriza por ser una enfermedad crónica con repercusiones negativas para la salud afectando en cualquier etapa de la vida siendo la población infantil la más afectada ocasionando problemas físicos y psicológicos en el menor.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional y alimentario de los adolescentes del Liceo Politécnico El Señor de Renca, y su relación con la coexistencia de depresión diagnosticada medicamente, y dificultades en las relaciones interpersonales individuales

Método: La investigación estará enfocado en el paradigma positivista de tipo cuantitativa descriptiva no experimental transeccional, se llevará a cabo en una población de 135 adolescentes de 14 a 18 años, que cursan primero medio en el Liceo Politécnico El Señor de Renca. Se tomará una muestra de 95 adolescentes de ambos sexos. Para determinar la presencia de malnutrición por exceso, tendencia alimentaria, depresión diagnosticada medicamente, dificultades en las relaciones interpersonales y la coexistencia entre estos factores.

Resultados: Las estadísticas de estado nutricional indican que el 54,7% tiene un estado nutricional Normal, el 21,1% se encuentra en Riesgo de Obesidad, y el 24,2% se encuentra en un estado de Obesidad respectivamente. El 62,8% de los varones evaluados y el 37,2% de las damas, presentan un estado nutricional de sobrepeso u obesidad. De los diagnosticados con malnutrición por exceso, el 11,6% de ellos ha padecido depresión y un 18,6% declara ser siempre víctima de maltrato escolar o bullying. El 14% con malnutrición por exceso se consideró muy poco sociable. El 48,8% consume 1 porción de verduras al día, el 14% indicó consumir 2 porciones de verduras al día. El 20,9% declaró consumir alimentos fritos todos los días.

Conclusiones: En cuanto a la coexistencia de las variables en estudio, podemos concluir que se presentan con mayor frecuencia en el estado nutricional por exceso, al comparar con el grupo de estado nutricional normal. Respecto a los aspectos alimentarios de la muestra, se encontraron malos hábitos alimentarios, en ambos grupos, presentándose con mayor porcentaje en la población con estado nutricional por exceso, ya sea sobrepeso y obesidad.

Palabras claves: Obesidad, Hábitos Alimentarios, Depresión, Relaciones interpersonales individuales, Estado Nutricional

ABSTRACT

Introduction: Obesity has become one of the public health problem more prevalent worldwide, is characterized as a chronic disease with negative health implications affecting at any stage of life, the child population most affected causing physical and psychological problems in the child.

Objective: To evaluate the nutritional status and food of the Polytechnic School teens Lord of Renca, and its relation to the coexistence of medically diagnosed depression, and difficulties in individual relationships. "

Method: The research study will focus on the positivist paradigm a quantitative non-experimental descriptive transactional, will take place in a population of 135 adolescents aged 14 to 18 who first enrolled in the Polytechnic School means Lord of Renca. A sample of 95 adolescents of both sexes. To determine the presence of malnutrition by excess, food trend, medically diagnosed depression, difficulties in interpersonal relationships and coexistence between these factors.

Results: The nutritional state statistics indicate that 54.7% has a Normal nutritional status, 21.1% are at risk of obesity, and 24.2% are in a state of obesity respectively. 62.8% of males and 37.2% evaluated the ladies, have a nutritional status of overweight or obesity. Of the overweight was diagnosed, 11.6% of them have suffered from depression and 18.6% reported always be the victim of abuse or bullying school. The 14% are considered overweight was very unsociable. 48.8% consumed 1 serving of vegetables a day, 14% reported consuming 2 servings of vegetables a day. The 20.9% reported eating fried food every day.

Conclusions: On the coexistence of the study variables, we can conclude that occur most frequently in excess nutritional status, comparing with the group of normal nutritional status. Key aspects of the sample food, poor eating habits were found in both groups, though the highest percentage in the population with excess nutritional status, whether overweight and obesity.

Keywords: Obesity, Eating Habits, Depression, Interpersonal Relationships individual Nutritional Status

CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación se enfocará en investigar la relación de coexistencia entre el estado nutricional, la tendencia alimentaria, el diagnóstico médico de depresión y las dificultades en las relaciones interpersonales individuales en los adolescente entre 14 y 18 años, debido a varios factores como cambios en los estilos de vida, los numerosos avances de la industria alimentaria y los cambios en los hábitos los cuales podrían ser factores de riesgo para la salud tanto físico como psicológicos.

1.1 ANTECEDENTES

Varios estudios, han demostrado estadísticamente, que la situación nutricional en Chile, ha cambiado con los años. Las políticas de prevención y acción, han ayudado en la disminución notoria de las tasas de desnutrición. Pero, así mismo, con el correr del tiempo y los cambios socioculturales, se ha producido un desbalance nutricional por exceso, teniendo como resultado altas tasas de sobrepeso y obesidad

Con respecto al problema que se analizará en esta tesis, se han revisado diversos estudios, referentes al tema, los cuales nos entregan un enfoque estadístico e indican la magnitud de la epidemia a nivel mundial, que es la obesidad. A continuación se detallan algunas investigaciones y sus resultados estadísticos más relevantes:

Según la OMS existen en el mundo 1600 millones de personas con sobrepeso, de las cuales 400 millones son obesos. Según la segunda Encuesta Nacional de Salud (II ENS 2010), reveló que un 25,1% de la población mayor de 15 años presentó obesidad, y un 39,3% sobrepeso. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio para la población chilena adulta fue de 27,4 kg/m². (Gobierno de Chile, 2011, pág. 130)

En la ENS 2003 se observó que el sedentarismo alcanzó al 89% de la población, siendo mayor en las mujeres (91%) que en los hombres (88%). Aumentando con la edad, de un 82% en los menores de 25 años a 96% en los mayores de 64 años. Esta cifra se mantiene relativamente constante en la ENS 2010 con un 88,6% de sedentarismo a nivel nacional (84% en hombres y un 92,9% en mujeres) (Gobierno de Chile, 2011, pág. 135). Así mismo según las estadísticas del ministerio de salud, del año 2010, la prevalencia de mujeres con sobrepeso alcanza un 33,6% y de la prevalencia de obesidad alcanza 30,7%. (Sociedad Chilena de Obesidad)

En cuanto a la adolescencia, etapa que comprende entre los 10 y 18 años y en la cual se producen diversos cambios en el desarrollo, tanto físico como psicológico, en hombres y mujeres, iniciándose un proceso de adaptación y la adquisición de nuevos hábitos alimentarios muchas veces nocivos para la salud.

En esta etapa el sobrepeso y obesidad, además de producir enfermedades, pueden influir de manera perjudicial al momento de enfrentar estos cambios, dificultando las relaciones sociales con sus pares, haciéndolos víctimas de burlas, violencia, aislamiento y consecuentemente problemas escolares. La malnutrición por exceso en la adolescencia, pueden causar dificultades en las relaciones interpersonales e incluso depresión.

La depresión es un síndrome anímico y/o afectivo y su tratamiento puede variar desde sesiones psicológicas hasta de forma medicamentosa. Según el estudio titulado Situación de Salud del Adolescente en Chile realizado por el Minsal en julio 2012, podemos destacar las siguientes cifras: el 18,6% declara tener problemas escolares y un 14,5% refiere violencia escolar, el 40% de los adolescentes que abandona la escuela son obesos, un 19,1% declara problemas psicológicos, un 18,7% les crea preocupación su imagen corporal y a un 1,5% les impide relacionarse con los demás.

El estado nutricional en el adolescente, depende en gran medida de los hábitos de alimentación y actividad física adquiridos, el ambiente en el que se desarrolle la persona, y de la educación que reciban por parte de los especialistas y programas de atención de salud.

1.2 FORMULACION DE LA INTERROGANTE PRINCIPAL

Debido a que en el transcurso del tiempo, la situación nutricional en Chile ha sufrido un importante vuelco, desde altos índices de desnutrición, pasando a un desbalance energético por exceso. La prevalencia de obesidad se ha incrementado en el mundo a pasos agigantados, pudiéndose presentar en cualquier etapa de la vida. La obesidad en los adolescentes puede generar diversas consecuencias, tanto físicas, psicológicas, como sociales, para la actualidad del sujeto y el futuro.

Es por esto que esta investigación se enfocará en analizar:

¿Cómo se describe la coexistencia entre el estado nutricional, la tendencia alimentaria, el diagnóstico médico de depresión y las dificultades en relaciones interpersonales individuales en los adolescentes entre 14 y 18 años, pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca?

Esta interrogante representa lo que se realizará en nuestra tesis, para abordar el tema y constatar la coexistencia entre los factores mencionados en el párrafo anterior. Cuando nos referimos a dificultades en las relaciones interpersonales individuales, se hace hincapié en cómo se relaciona el alumno individualmente, tanto en su entorno escolar como familiar. En base a la interrogante principal, han surgido diversas interrogantes secundarias, con la finalidad de obtener mejores resultados en nuestra investigación.

Para realizar una completa evaluación antropométrica del estado nutricional de los adolescentes integrantes del grupo en estudio, hemos establecido la primera interrogante secundaria **¿Cómo se describe el estado nutricional, según**

IMC/Edad, de los adolescentes pertenecientes al grupo en estudio? El cálculo de IMC, nos ayudará a establecer los parámetros y la relación existente entre talla y peso, y evaluar según las tablas, con los rangos establecidos para la clasificación del estado nutricional del adolescente según las tablas para evaluación nutricional en niños y niñas de 6 a 18 años IMC por edad CDC/NCHS.

Uno de los factores que se estudiará, son los hábitos alimentarios, es por esta necesidad que hemos establecido la segunda interrogante secundaria, **¿Cuales son las preferencias alimentarias de los adolescentes pertenecientes al grupo en estudio?** A través de instrumentos tales como una encuesta alimentaria, podremos conocer los resultados a nuestra interrogante.

Otro de los factores a investigar es la presencia de depresión, para esto nos hemos planteado la tercera interrogante secundaria, **¿Cuántos alumnos presentan diagnóstico médico de depresión en el grupo en estudio?** Algunas de las preguntas del cuestionario, estarán enfocadas a pesquisar la presencia de depresión diagnosticada medicamente y el uso de medicamentos antidepresivos.

Finalmente y como cuarta interrogante secundaria, se indagara **¿Cuántos alumnos presentan dificultades de sociabilización individual del grupo en estudio?** Para pesquisar posibles desordenes sicosociales. A partir de esta interrogante, podremos constatar la coexistencia de factores psicológicos, que puedan influir en las relaciones sociales tanto en su grupo familiar como con su entorno y si estas tienen relación con su estado nutricional.

1.3 OBJETIVOS

Debido a los diversos factores que inciden en el desarrollo de la obesidad y sus múltiples consecuencias tanto fisiopatológicas como psicológicas, la intervención de esta enfermedad, se vuelve compleja, tanto para el paciente como para el equipo tratante. Es por esto que hemos establecido el siguiente **objetivo general** de investigación:

“Evaluar el estado nutricional y alimentario de los adolescentes del Liceo Politécnico El Señor de Renca, y su relación con la coexistencia de depresión diagnosticada medicamente, y dificultades en las relaciones interpersonales individuales”.

De esta manera se establecerá una posible coexistencia entre estos diversos factores, además, hemos desglosado el objetivo general, para llevarlo a cabo a partir de los siguientes **objetivos específicos**:

- a) **Medir el estado nutricional de los adolescentes, de entre 14 y 18 años, pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca, mediante peso, talla, IMC/Edad.**
- b) **Identificar la tendencia alimentaria del grupo en estudio, mediante una encuesta alimentaria.**

- c) **Constatar la coexistencia del diagnóstico médico de depresión, pesquisándola a través del método de encuesta.**
- d) **Constatar la presencia de dificultades en las relaciones interpersonales individuales, del grupo en estudio, pesquisándola a través del método de encuesta.**

Objetivo Adicional: Implementar a futuro nuevas estrategias de intervención enfocado en todos los factores que interfieren tanto en las causas como en las complicaciones de la obesidad. El objetivo adicional nos permitirá lograr mejoras en el tratamiento de esta enfermedad abarcando todos las áreas tanto físicas como psicológicas y emocionales. Y así alcanzar mayores logros y disminuir los fracasos en el tratamiento de estos pacientes.

Las consecuencias que tiene para el paciente el fracaso en el tratamiento; como la aparición de otras enfermedades derivadas y desordenes psicológicos y psiquiátricos, pudiendo provocar ansiedad, irritabilidad y los posibles efectos yo-yo, en los que al recuperar peso el paciente se siente culpable, avergonzado, pensando que decepciona a su familia, a sus compañeros y profesionales de la salud. Tornándose esto en un círculo vicioso pudiendo desencadenar la angustia y depresión en un trastorno por atracón, en el cual el paciente tratando de evitar la angustia come compulsivamente haciendo más difícil el abordaje de la enfermedad

1.4 JUSTIFICACION

Es conveniente realizar esta investigación para pesquisar la relación entre el estado nutricional de los adolescentes de la muestra y factores como hábitos alimentarios, dificultades psicosociales y depresión. Esto debido a que en la actualidad en nuestro país se puede observar un aumento considerable en el número de individuos con obesidad, siendo la población infantil y adolescente uno de los sectores más preocupantes debido a que se observa un considerable aumento en el número de niños y adolescentes afectados por esta condición.

Según la última Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Salud durante el año 2010, en nuestro país, las cifras de sobrepeso alcanzan el 45,3% para hombres mayores de 15 años, y un 33,6% para mujeres respectivamente; La obesidad en hombres alcanza un 19,2%, mientras que en mujeres un el 30,7%.

Cuando la obesidad se inicia durante los primeros años de vida, aumenta la probabilidad de convertirse en un adulto obeso en el futuro y aunque existen múltiples causas que pudieron haber influido en este proceso, se sabe que una parte importante está relacionada con los cambios en los hábitos alimentarios de los individuos y falta de actividad física. Esto podría tener como consecuencia el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatías, apnea del sueño, algunas formas de cáncer, entre otras.

Además se considera que la obesidad es un factor de riesgo no solo para variadas enfermedades de tipo físico sino que además puede desencadenar consecuencias psicológicas en la personalidad del niño y/o adolescente, como baja autoestima, inseguridad y dificultades para relacionarse con sus pares, estos suelen ser víctima de rechazos o burlas de sus compañeros; lo que lo hace sentirse inferior a los demás y finalmente aislarse, y esto a su vez puede desencadenar a futuro en problemas de tipo escolar, laboral y social, disminuyendo así las oportunidades de educación y empleo. Por lo demás, esta condición constituye un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica como trastornos de ansiedad y de la alimentación, depresión, conductas adictivas, entre otras.

Se debe tener presente que los tratamientos médicos de todas estas enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad implican un alto costo al estado e impacta directamente a la fuerza laboral del país. Convirtiéndose en una carga importante en los sistemas de salud. Por ello es necesario e importante, educar y guiar a la población, a crear conciencia de la magnitud de este problema y así evitar que aumente la incidencia de sobrepeso y obesidad y sus consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales.

La presente investigación nos permitirá estructurar a futuro mejores intervenciones que abarquen cada uno de los factores estudiados, para lograr una estrategia integral que pueda ayudar al paciente a enfrentar de la mejor manera todas las áreas en las cuales se ven afectados y así lograr resultados exitosos y que se puedan mantener a largo plazo.

1.5 SINTESIS

Tabla 1:
Síntesis de Investigación

Título: Estudio descriptivo del estado nutricional, tendencia alimentaria, coexistencia de depresión diagnosticada medicamente y dificultades en las relaciones interpersonales individuales.	
Tema: El estado nutricional y su relación de coexistencia con factores como tendencia alimentaria, presencia de depresión diagnosticada medicamente y dificultades sicosociales individuales.	
Problema: La presente investigación consistirá en indagar una muestra adolescente entre 14 y 18 años de edad, elegida a través de un criterio aleatorio, con el propósito de evaluar el estado nutricional y alimentario, la coexistencia de depresión diagnosticada medicamente y factores sicosociales individuales.	
Interrogante Principal: ¿Cómo se describe la coexistencia entre el estado nutricional, la tendencia alimentaria, el diagnóstico médico de depresión y las dificultades en relaciones interpersonales individuales en los adolescentes entre 14 y 18 años, pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca?	Objetivo General: Evaluar el estado nutricional y alimentario de los adolescentes del Liceo Politécnico El Señor de Renca, y su relación con, la coexistencia de depresión diagnosticada medicamente, y dificultades en las relaciones interpersonales individuales.
Interrogante Secundaria 1: ¿Cómo se describe el estado nutricional, según IMC/Edad, de los adolescentes pertenecientes al grupo en estudio?	Objetivo específico 1: Medir el estado nutricional de los adolescentes, de entre 14 y 18 años, pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca, mediante peso, talla, IMC/Edad.
Interrogante Secundaria 2: ¿Cuales son las preferencias alimentarias de los adolescentes pertenecientes al grupo en estudio?	Objetivo específico 2: Identificar la tendencia alimentaria, del grupo en estudio, mediante una encuesta alimentaria.
Interrogante Secundaria 3: ¿Cuántos alumnos presentan diagnóstico médico de depresión en el grupo en estudio?	Objetivo específico 3: Constatar la coexistencia del diagnóstico médico de depresión, pesquiéndola a través del método de encuesta.
Interrogante Secundaria 4: ¿Cuántos alumnos presentan dificultades de sociabilización individual del grupo en estudio?	Objetivo específico 4: Constatar la presencia de dificultades en las relaciones interpersonales individuales del grupo en estudio, pesquiéndola a través del método de encuesta.

Nota. Fuente elaboración propia.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL

Contextualizar el estudio que se realizará, ayuda para ahondar más acerca del tema, la problemática de investigación y el campo en el que será desarrollado el estudio. Conocer acerca de las estadísticas, políticas y legislación nacional e internacional, sirve como una guía para interiorizar más sobre las acciones respecto al tema.

2.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL PROBLEMA

La obesidad es considerada un problema de salud público y un desafío sanitario, tanto en los países desarrollados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Si bien en la actualidad hemos observado un aumento en la prevalencia de esta enfermedad, no siempre ha sido así y a través de la historia esta condición a presentado diversos cambios tanto en el aspecto social y cultural.

En la época Paleolítica no era fácil para el ser humano conseguir el alimento, este tenía que salir a cazar o recolectar lo que necesitaba para subsistir. La alimentación en esta época consistía básicamente de tubérculos, y otros vegetales, insectos, huevos y animales como mamut, bisonte, o peces. Los cazadores salían por largo tiempo dejando a sus mujeres, durante este periodo la comida se agotaba y tenían que resistir épocas de carencia, lo que provoco una selección y mutación en nuestros genes, predominando el "gen ahorrador", lo que provoca hasta el día de hoy que nuestro organismo al verse desprovisto de alimento, acumule mayor cantidad de grasa, ahorrando esa energía para los momentos de escasez, como una respuesta compensatoria ante esta eventualidad.

En cuanto a la existencia de obesidad en esa época, solo podemos decir que se han encontrado imágenes representando la figura femenina con claro exceso de peso. La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua de la edad de piedra que tiene una antigüedad aproximada de 25.000 años y que está expuesta en el museo de Historia Natural de Viena, la cual con un abdomen pronunciado y grandes mamas representando probablemente un símbolo de fecundidad y maternidad. Considerando así esta condición como un signo de supervivencia. También, se han encontrado signos de obesidad durante la época antigua, en Egipto las autopsias realizadas a momias provenientes de esta época han arrojado la existencia de arteroesclerosis coronaria e infarto al miocardio.

Cabe destacar que durante esta época la alimentación era variada y abundante. Observando la presencia de obesidad principalmente en niveles socioeconómicos elevados. Fue Hipócrates en el siglo V a.C, en la antigua Grecia, el primero en realizar estudios acerca de esta enfermedad, relacionándola con la muerte súbita y causante de infertilidad en mujeres. Platón en el siglo V a IV a.C, definió como dieta equilibrada aquella que contenía todos los nutrientes y en cantidades adecuadas y asocio la obesidad con una disminución en la esperanza de

vida. Es en esta misma época en Roma Galeno, en el siglo II a.C clasifica a la obesidad en moderada e inmoderada. La primera considerada como natural y la segunda como mórbida y la relaciona con un estilo de vida inadecuado. Luego, en la edad moderna se comenzó a considerar el comer en exceso como un signo de glotonería y fue considerada por la iglesia como un pecado capital. En la segunda mitad del siglo XVIII ya se considera a la obesidad como una enfermedad, estudiando sus causas. Tras la primera Guerra Mundial, en Estados Unidos, se produce un cambio a nivel social con respecto a la belleza femenina, idealizando a la mujer extremadamente delgada lo que se expande también a Europa. A partir de los años 60 y hasta la actualidad la sociedad a tenido un brusco cambio convirtiéndose en una sociedad de la tecnológica y de la información esto es relevante si queremos comprender los cambios culturales que se observan sobre el concepto de obesidad.

Actualmente vivimos en una sociedad con mas bienes de consumo, mayor información, donde nos bombardean con mensajes de lo que está bien o mal, como vestarnos, que debemos comer etc. Y todo esto va dirigido no solo al adulto sino que también a los niños y adolescentes, estos últimos aun más susceptibles a estos mensajes. Además nos hemos convertido en una sociedad individualista con un marcado cultivo de la propia imagen. La obesidad en esta época ha dejado de ser un signo de opulencia y felicidad para convertirse en una condición estigmatizada la cual encasilla al obeso como una persona y como consecuencia se genera en él un sentimiento negativo y la idea de que es rechazado por la sociedad.

En conclusión, hoy en día no se tiene una buena imagen de la persona obesa lo que puede generar en ellos un efecto colateral. La mayoría de las personas asocia la falta de voluntad con la obesidad y piensan que la persona obesa esta así porque quiere; contextualizando al obeso como una persona sin voluntad ni compromiso, creyendo que es una enfermedad que solo afecta en su desempeño académico o laboral.

2.1.2 ESTADISTICAS NACIONALES E INTERNACIONALES

En los últimos 30 años, Chile ha sufrido una transición epidemiológica, desde una alta prevalencia de desnutrición y malnutrición por déficit, disminuyendo paulatinamente, hasta llegar al otro extremo, con altos índices de malnutrición por exceso en toda la población, siguiendo patrón de obesidad y sobrepeso como un país desarrollado, siendo aun un país en vías de desarrollo. La alarma se enciende cuando la Organización Mundial de la Salud, declara la Obesidad, como una epidemia mundial.

La OMS, dio a conocer diversas estadísticas de malnutrición por exceso a nivel mundial, entre ellas podemos destacar, que más del 75% de los niños afectados con obesidad infantil, vive en países de bajos y medianos ingresos; existen aproximadamente mil 600 millones de adultos y, al menos, 20 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso; Las enfermedades crónicas, son la principal causa de muerte en el mundo, causando el 60% de las muertes totales. (Organización Mundial de la Salud).

Una alimentación saludable y equilibrada, en conjunto con la realización de actividad física adecuada en intensidad y frecuencia, son los principales factores para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad o sobrepeso. Siendo la malnutrición por exceso un problema a nivel mundial, las estadísticas indican que este problema ha ido en aumento, tanto en Chile como en otros países. En México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 (Ensanut 2012), un 37,8% de la población se encuentra en un estado nutricional de sobrepeso y el 32,7% padece obesidad. Respecto a la población infantil, el 26,6% de los niños sufre obesidad y 20,8% sobrepeso; en las niñas el porcentaje de obesidad corresponde a 20,2% y 19,7% de sobrepeso; en los hombres adolescentes, el porcentaje de obesos disminuye 10.6% de obesidad y 20% sobrepeso. En las mujeres adolescentes un 23.7% está catalogado en la obesidad y 22.5% en exceso de peso. (Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición , 2012).

En España, el estudio de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), efectuado en el año 2000, arrojó una prevalencia de obesidad del 14,5%; en la población femenina alcanzó el 15,75%, y en la población masculina el 13,39%. La prevalencia de obesidad, aumentaba significativamente con la edad. (Aranceta B, 2003)

Según la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2003 la prevalencia de obesidad alcanzaba el 37,8% y de sobrepeso el 21,9%. Y en el año 2010, los índices alcanzaron el 39,3% y 25,1% respectivamente. Los índices aumentan paulatinamente, si como los índices de sedentarismo, según la Asociación Americana del Corazón, sólo el 25% de los escolares norteamericanos realiza actividad física a diario.

En un estudio realizado por la OMS, en 72 mil jóvenes de América Latina, África, Asia y Oriente Medio, el 23,9% de los hombres y el 28,7% de las mujeres son sedentarios y no realizan actividad física suficiente. (Programa Elige Vivir Sano, 2012). Del mismo modo el Instituto Nacional del Deporte informa que en el año 2009, las cifras de sedentarismo alcanzaron el 86,4%, y en el año 2012, un 82,7%. (Instituto Nacional del Deporte, 2012). Aunque las cifras de sedentarismo han disminuido a nivel nacional, en 3,7 puntos porcentuales, siguen muy altas para la población, lo que fomenta las cifras de malnutrición por exceso, y es por eso que se considera una epidemia, a nivel nacional e internacional. Posteriormente la Encuesta Nacional de Salud, del año 2010, el 17,2% de la población, ha presentado síntomas depresivos. Aumentando la presencia en razón de la disminución del estatus socioeconómico, respectivamente las cifras son las siguientes: nivel bajo 20,08%; nivel medio 18,4%; y alto 11,8%.

Las estadísticas de diferentes países y diferentes encuestas, nos confirman que la obesidad es considerada una epidemia a nivel mundial, y es uno de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Para erradicar este problema, se han creado diferentes estrategias a nivel de cada país, las que consisten principalmente en realizar promoción y educación de alimentación y vida saludable.

2.2.3 LEGISLACION NACIONAL E INTERNACIONAL

En España se discutió por varios meses acerca de la importancia y los efectos que tendría incorporar una alimentación saludable en los menores es por esto que se crea la regulación de los productos alimenticios envasados y aprobó la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Esta legislación se encuentra inserta dentro de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) lanzada por el citado ministerio en febrero de 2005. La cual se basa en la prohibición de la venta y publicidad de alimentos y bebidas de con alto contenido ácidos grasos saturados, sal y azúcar agregada, en las escuelas de España. Además a esta ley se incorporo la prohibición de discriminar a las personas por razones de sobrepeso u obesidad, declara a la escuela y su alrededores de espacios protegidos de publicidad, establece que las escuelas deberán entregar a los padres, apoderados y tutores de los alumnos un programa detallado con los menús escolares (desayunos y almuerzos), con el fin de que las demás comidas como once y cenas sean complementarias a esta dieta y así completar la alimentación del menor además se creó establecimientos de observación y para estudios relacionados con la obesidad y se deberá informar sobre el contenido de el alto contenido de grasa y azúcar de los alimentos.

En Argentina, durante nueve meses de debate se aprobó la ley contra la obesidad la cual incorpora también los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia como enfermedades que deben ser incluidas en el sistema de salud público y privado. Estos tendrían la obligación de costear los tratamientos relacionados con estas patologías.

Ya que la obesidad ha aumentado considerablemente no tan sólo en argentina si no en el resto del mundo considerándose como una epidemia es por esto que la siguiente ley "ordena incluir la educación nutricional en los programas de todos los niveles de enseñanza y establece que la publicidad de alimentos "cuestionables" deberá presentar la leyenda 'El consumo excesivo es perjudicial para la salud. Además, dispone que el Ministerio de Salud debe tomar medidas con el objetivo de que los anuncios publicitarios y los diseñadores de moda no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud o belleza.

Otro de los aspectos de la ley está relacionado con que los medios de comunicación no pueden publicar dietas que no estén aprobadas por los profesionales de la salud. Además, todos los alimentos con alto contenido calórico deberán llevar una advertencia en sus envoltorios." (Elmundo.es, 2008). En Chile luego de una larga discusión legislativa, el 6 de julio de 2012 fue publicada la Ley Nº 20.606 de Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad. Aunque la mayor parte de sus contenidos han sido ampliamente conocidos por la opinión pública, la mayor parte de su articulado requiere de un reglamento para entrar en vigencia y poder hacerse efectiva.

En lo sustancial, la ley dispone que los fabricantes, productores, distribuidores e importadores de alimentos deban informar en sus envases los ingredientes que contienen, incluyendo todos sus aditivos y su información nutricional. Además prohíbe la comercialización de alimentos altos en grasa, sal y azúcar en los

establecimientos de educación parvulario, básica y media. Y finalmente prohíbe la publicidad de estos alimentos y la entrega de regalos como gancho para la venta de alimentos destinados a los menores de 14 años (Biblioteca Nacional de Chile BCN, 2012) Esta es denominada como la ley del súper 8 y se basa principalmente en presentar la información del etiquetado nutricional de manera que todos los productos declaren en forma clara y transparente los ingredientes de dichos productos de modo que sea mucho más fácil reconocer un alimento saludable de uno que no lo es.

2.2.4 PROGRAMAS DE SALUD RELACIONADOS

El gobierno nacional, ha creado diferentes estrategias y planes de intervención y prevención, para fomentar la realización de actividad física y alimentación saludable. A continuación se detallan algunas de las múltiples y variadas estrategias que se han efectuado para prevenir y educar a la población:

2.2.4.1 Ego – Chile

Como es confirmado mediante variados estudios y a simple vista del aspecto físico en la población, la obesidad y las complicaciones asociadas a esta situación nutricional, se han transformado en una epidemia a nivel mundial. El Ministerio de Salud de Chile en el año 2006, crea un plan llamado Estrategia Global contra la Obesidad (Ego – Chile), el cual surge como resultado del trabajo la OMS en Mayo de 2004, en el programa “Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS)”.

Esta estrategia es desarrollada, como una nueva medida para realizar prevención y promoción de una vida saludable, tomando en consideración, los buenos resultados que producen las intervenciones preventivas. La estrategia Ego – Chile, abarca todos factores sociocultural y económico, y considera un trabajo intersectorial y multisectorial, así como también, multidisciplinario, con los funcionarios públicos del sistema de salud. Dada la magnitud del problema que significa la alta prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, llegando a considerarse como una pandemia a nivel mundial, y debido a que en Chile, en el año 2006 aproximadamente, la población, no consideraba la obesidad, como un grave problema de salud y no tomaba suficiente conciencia sobre el problema y sus consecuencias, la estrategia Ego – Chile, no fue suficiente para abarcar la magnitud de esta situación, es por esto, que se ha continuado creando más programas de prevención y promoción de la vida y alimentación saludable.

2.2.4.2 Programa 5 al día

La prevalencia de obesidad se ha incrementado de forma alarmante en el último tiempo, tanto en Chile como en resto del mundo debido a la globalización, industrialización, por el consumo excesivo de alimentos pocos nutritivos cambios debido a una compleja serie de procesos sociales, políticos, económicos y culturales

que han modificado las costumbres y hábitos los cuales se convierten en factores de riesgo para la salud, debido a que son la primera fase de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, gran preocupación de salud pública no sólo en Chile sino también en el mundo. La que se ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención por parte del estado Chileno, es por esto que se crea un programa el cual está destinado a toda la población con el fin de mejorar nuestros hábitos alimentarios y nuestra calidad de vida desde los primeros años de la vida ya que es en esta etapa es donde se establecen los hábitos los cuales se ven reflejados en la vida adulta.

El objetivo del programa es promover el consumo de verduras y frutas a nivel nacional en cinco o más porciones por día, a fin de contribuir a prevenir otras enfermedades crónicas y cáncer entre otras asociadas con la alimentación. Y además, destinar más tiempo a la realización de actividad física, ya que no le destinamos mucho tiempo a la recreación es por esto se que hace de vital importancia educar a la población. Este programa se promociona en los jardines y colegios por medio de mensajes publicitarios y a través medios de comunicación tales como radio y televisión y se busca por medio de esta herramienta mejorar nuestra calidad de vida. (Zacarías H., Isabel y Col., 5 al día)

2.2.4.3 Proyecto de ley "Kiosco Saludable"

Este proyecto tiene como propósito la venta de productos saludables en establecimientos educacionales y centros de salud, con el fin de prevenir la obesidad en los niños y con ello todas las enfermedades asociadas. Todo esto en complemento de la nueva norma para el etiquetado de alimentos, conocida como "Ley Súper 8", la cual fue publicada a mitad del año 2012 y entro en vigencia el 6 de julio del mismo año. Su aplicación, sin embargo, tomará más tiempo: sólo a comienzos de 2014. Esta norma propone que los productos calificados como poco saludables deberán llevar una etiqueta en su envase que alerte a los consumidores.

Este proyecto de ley nace de 8 razones que explican la necesidad sobre un cambio en la composición de los alimentos y su publicidad:

- a) Porque en Chile existe casi un 30% de sobrepeso en niños de 7 años.
- b) Porque los niños pasan, en promedio, siete horas en sus escuelas, donde tienen la posibilidad de adquirir comida chatarra, lo que incide directamente en su dieta y salud.
- c) Porque en el 95% de las escuelas del país no existen kioscos saludables ni menos en las diferentes reparticiones públicas.
- d) Porque existe una serie de vacíos legales en torno a la rotulación de productos alimenticios que inducen a error con conceptos como light, diet, menos grasas, menos azúcar, etc. sin que nadie fiscalice esta situación.

- e) Porque es urgente disponer de políticas claras que promuevan dietas saludables y favorezcan la actividad física y recreativa.
- f) Porque los tratamientos médicos de enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad implican un alto costo al estado e impacta directamente a la fuerza laboral del país.
- g) Porque la Constitución consagra el derecho a la vida y no disponer de un texto legal es eludir el rol garante con la salud de la población.-
- h) Porque actualmente, sólo existe un reglamento del Ministerio de Salud para normar estas materias, pero ha resultado totalmente ineficaz debido a la falta de un ente fiscalizador.

La clasificación de los productos de los kioscos se realiza de acuerdo a su contenido de grasa, grasa saturada, azúcar y sodio.

A continuación se presenta una ficha resumen de la obesidad y sus características:

Tabla 2:
Principales Características de la Obesidad

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA OBESIDAD
Definición: Enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por un exceso de tejido graso o una hiperdistrofia general del tejido adiposo, lo que significa un riesgo para la salud.
Clasificación: Según Índice de masa corporal (IMC) Entre 25 y 30 se considera "sobre peso". Entre 30 y 35 se considera "obesidad leve", Entre 35 y 40 se considera "obesidad moderada". Por encima de 40 se considera "obesidad mórbida".
Etiología: Entre los diversos factores etiológicos se consideran; los genéticos, metabólicos, endocrinos ambientales, desequilibrio en la ingesta de energía, sedentarismo, entre otros.
Síntomas: Dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo, apnea del sueño, problemas ortopédicos, dolor en la zona inferior de la espalda, trastornos cutáneos edemas especialmente en pies y tobillos.
Enfermedades asociadas: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, colelitiasis, dislipidemias, cardiopatía coronaria, cáncer, enfermedades respiratorias, psiquiátricas, osteoarticulares y numerosas otras enfermedades crónicas, las cuales limitan las expectativas de vida.
Prevención: Seguir un plan saludable de alimentación con horarios y porciones adecuadas. Respetar horarios de alimentación. Realizar alguna actividad física. Beber agua en vez de bebidas dulces, como refrescos, bebidas deportivas y jugos de frutas.
Tratamiento: Método dietoterapéutico integral, y apoyo psicológico, Tratamiento farmacológico, cirugía Bariátrica.
Nota. Fuente elaboración propia.

2.1 MARCO TEORICO

El marco teórico es un compendio escrito de artículos, libros, y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio. Ayuda a documentar como la investigación agrega valor a la literatura existente. (Hernández S. 2006). Según la definición de Hernández S., en el marco teórico se realiza un compendio de estudios relacionados con el tema y con la interrogante principal. A continuación se detallan 3 temas asociados, dentro de los cuales están alimentación saludable, obesidad y relaciones interpersonales y obesidad y depresión.

2.1.1 ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La salud y el correcto funcionamiento de nuestro organismo dependen de una correcta nutrición y a su vez de la alimentación que tengamos durante toda nuestra vida, La comida es el combustible que las células de nuestros órganos necesitan para renovarse y para hacer su trabajo correctamente. Es lo que nos da energía para movemos, pensar, respirar, para vivir, y para realizar nuestro quehacer diario. Se considera alimentación saludable sólo cuando esta cumple con ciertas características la cual debe ser completa, equilibrada, suficiente, adecuado para cada individuo, debe estar adaptada a las características individuales como edad, sexo, actividad, composición corporal, época del año, según prescripción de su médico, religión entre otros.

En la actualidad y debido a un estilo de vida acelerado los hábitos alimentarios han cambiado y uno de los responsables sería el proceso de globalización que vivimos el cual ha provocado diversos cambios debido a una compleja serie de procesos sociales, políticos, económicos y culturales que han modificado las costumbres y hábitos, pero sobre todo nuestros estilos de vida acelerada y esto sumado a los numerosos avances en la industria alimentaria. Lo anterior ha generado un aumento considerable de las enfermedades ligadas al consumo excesivo de alimentos. Un claro ejemplo de ello es la obesidad, cada vez más frecuente porque se ingieren cada vez más alimentos muy poco nutritivos conocidos como comida chatarra y con demasiadas calorías esto ligado a la falta de tiempo libre, aumentando el sedentarismo y debido a las múltiples opciones que existen en los medios de transporte y a las nuevas formas de trabajo. Estos hábitos se convierten en factores de riesgo para la salud, debido a que son la primera fase de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, gran preocupación de salud pública no sólo en Chile sino también en el mundo.

La Obesidad es el aumento en la proporción del tejido adiposo corporal en relación al tejido magro, existe desde hace miles de años, y en la antigüedad era sinónimo de belleza en las mujeres de esa época, pero hoy en día constituye un problema de salud pública que se ha calificado como la "epidemia del siglo", a la que se ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención por parte del estado Chileno.

Pero esta patología no se produce sólo por el consumo excesivo de alimentos pocos nutritivos si no también se trataría de una patología de carácter multifactorial; así, la obesidad parece vincularse con un grupo heterogéneo de condiciones que interactúan entre sí; es decir, se necesita una predisposición genética y circunstancias ambientales y socioeconómicas para su aparición pero por otra parte la obesidad tendría estrecha relación con la influencia de los medios de comunicación, la publicidad en los adolescentes es muy fuerte, y puede considerarse como un instrumento peligroso, ya que crea apetencias y necesidades que no corresponden con la edad del adolescente, y que en la mayoría de los casos no podrá satisfacer.

Hoy en día los medios de comunicación que son más utilizados por los jóvenes son el internet y la televisión, los cuales se han convertido en un modelo a seguir. Los jóvenes se guían de lo que ven en estos medios para así tener una perspectiva de la vida y poder aplicarlo en sus relaciones cotidianas ya sea para bien o para mal, llevándolos a tener ideas erróneas de la vida. Es por desequilibrios en la alimentación y por cambios en los estilos de vida que condicionarían a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles mencionadas anteriormente, entre las más destacadas encontramos la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas cardio y/o cerebro vasculares y cáncer; todas estas patologías tienen en común la obesidad y la base sobre la cual pueden desarrollarse o estar favorecidas el resto de las enfermedades que se han mencionado.

La obesidad puede ser la responsable directa o indirectamente, como la causante de sufrir otras patologías o bien el agravamiento de otras patologías ya existentes, otro problema que conlleva padecer de obesidad es que nos afecta más allá de lo físico en nuestro quehacer diario y en las relaciones interpersonales favoreciendo así a la depresión y a otros trastornos físicos. Como consecuencia de la falta de aceptación social y la frecuencia con que son excluidos, especialmente los jóvenes y los muy obesos, se presenta a menudo una depresión que en muchos casos puede ser debido a un eventual rechazo social a su condición física.

Es por esto, que se crean programas de alimentación saludable con el fin de educar y crear conciencia en la población, ya que durante las diferentes etapas de desarrollo biológico como la niñez y adolescencia, una buena nutrición y una dieta balanceada son indispensables para un sano crecimiento. Al ser etapas de formación, es durante este período donde se forman los hábitos alimenticios saludables que favorecen la correcta nutrición en etapa adulta. Es por esto que se han diseñado algunas estrategias para lograrlo como la incorporación de la actividad física en nuestras vidas, que nos permitiría mejorar nuestra salud y calidad de vida, aportando una serie de beneficios a nivel físico, psíquico y socioafectivo.

La actividad física, debe ser durante un determinado período de tiempo, este se recomienda que sea mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana. Ello aumenta el gasto de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física gasta calorías. Pero no hay que olvidar que para realizar dicha actividad física, se debe realizar un chequeo médico previo. Además establecer un horario regular para las comidas, ya sea individual o en familia para mantener una alimentación sana, comer cuatro veces al día, en lugar de hacer solo

una comida contundente, y realizar varias colaciones. No se debe omitir ninguna de las comidas ya que el organismo trabajará mucho mejor y la asimilación de los alimentos será adecuada, no así cuando ingerimos una sola comida, ya que el cuerpo termina asimilando todo de una sola vez. Las personas que no tienen el hábito de comer las cuatro comidas diarias poseen una mayor tendencia a engordar o subir de peso sin causa aparente. Además, evitar las peleas por los alimentos y durante la hora de la comida, para que la alimentación se asocie con un momento grato e involucrar a los niños y adolescentes en el proceso de elaboración de los alimentos y sobre todo, se recomienda que durante la hora de la comida se evite ver la televisión, entre otros, crear platos entretenidos con variedad de colores; debido a esto se diseñó una herramienta que nos sirve de pauta para una buena alimentación diaria, para un buen mantenimiento de nuestra salud y bienestar. El objetivo en sí de estas guías es ayudar a la población a alcanzar metas nutricionales para mantenerse sano o ayudar a revertir las posibles enfermedades crónicas no transmisibles.

A continuación en el siguiente mapa conceptual se detallará el concepto de alimentación saludable y sus beneficios, en comparación a los problemas que causa en la población los malos hábitos y la alimentación deficiente

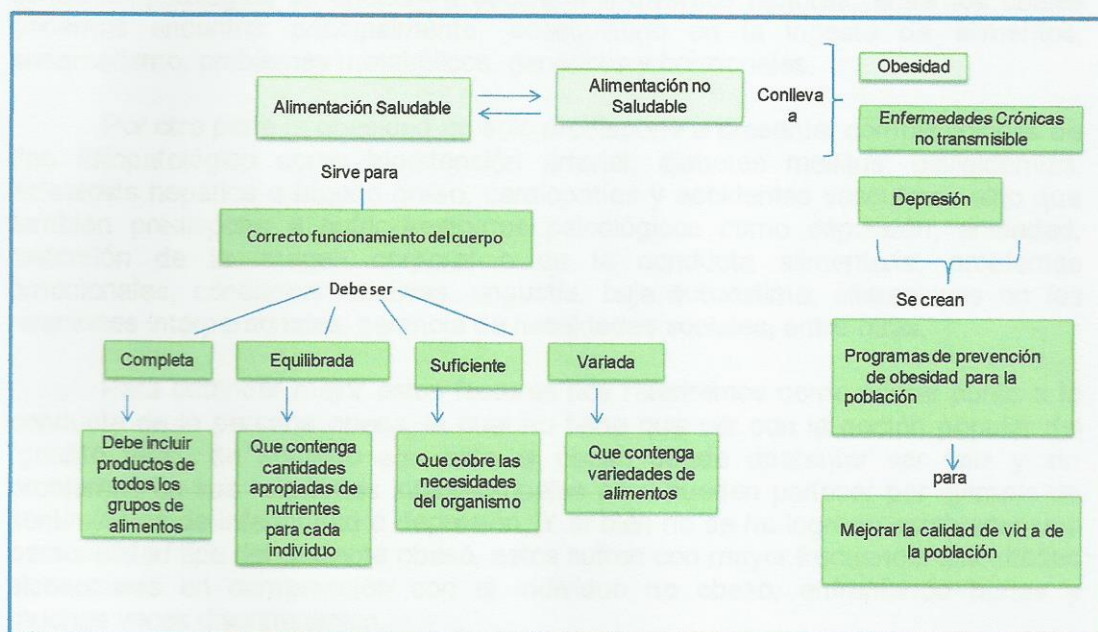


Figura 1: Mapa Conceptual Alimentación Saludable
Fuente: Elaboración propia.

2.1.2 LA OBESIDAD Y LAS DIFICULTADES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, caracterizada por una acumulación excesiva de tejido graso o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo, lo que significa un riesgo para la salud. Hoy en día se observa una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestro país, representando uno de los problemas de salud más trascendentes de la humanidad y que actualmente no solo afecta a la población adulta, sino que también a niños y adolescentes. Algo no menos preocupante si tomamos en cuenta las diversas investigaciones que señalan que un niño obeso tiene un 40% de posibilidades de ser un adulto obeso.

Según el Instituto de Tecnología de los Alimentos (INTA), la ingesta excesiva de energía durante los primeros años de vida provoca que el punto de nivel de gasto energético se encuentre a un nivel más alto, lo que tiende a mantener mayores depósitos de grasa con negativas consecuencias para la salud futura. En la actualidad en nuestro país uno de cada 4 niños es obeso y uno de cada 3 corre el riesgo de serlo. Ahora si analizamos la etiología, fisiopatología y desarrollo de esta enfermedad se ha demostrado que la obesidad es un problema multifactorial. Esta condición patológica se encuentra asociada a diversos factores, entre los cuales podemos encontrar principalmente, desequilibrio en la ingesta de alimentos, sedentarismo, problemas metabólicos, genéticos y hormonales.

Por otra parte la obesidad no solo predispone a presentar complicaciones de tipo fisiopatológico como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, esteatosis hepática o hígado graso, cardiopatías y accidentes vasculares sino que también predispone a sufrir trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, distorsión de la imagen corporal o de la conducta alimentaria, problemas emocionales, conductas adictivas, angustia, baja autoestima, alteraciones en las relaciones interpersonales, carencia de habilidades sociales, entre otras.

Para entender mejor estos factores nos referiremos como primer punto a la conducta de la persona obesa, la cual no tiene que ver con la noción popular del "gordito feliz", de acuerdo con esto el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en sus relaciones interpersonales pero pueden padecer por ejemplo de sentimientos de inferioridad o depresión. Y si bien no se ha logrado establecer una personalidad tipo del paciente obeso, estos sufren con mayor frecuencia dificultades sicosociales en comparación con el individuo no obeso, enfrentando burlas y muchas veces discriminación.

Se han publicado diversos estudios que muestran que los niños con obesidad tienden a ser rechazados por sus pares y que existe una preferencia hacia los niños delgados. Los niños entre seis y diez años asocian a la obesidad con características negativas, como la pereza y el desaliño o descuido. En Chile en una muestra de 372 adolescentes se encontraron palabras como: grasa, depresión ansiedad, chatarra, sedentarismo, entre otras, relacionadas con la palabra obesidad (Guzmán, 2010).

A partir de la década del sesenta y hasta la actualidad, la sociedad ha sufrido bruscos cambios, tecnológicos e informáticos, esto es relevante si queremos comprender los cambios culturales que se observan sobre el concepto de obesidad. Actualmente vivimos en una sociedad con mas bienes de consumo, mayor información, donde nos bombardean con mensajes de lo que está bien o mal, indicando el cómo vestimos, que debemos comer, etc. Y todo esto va dirigido no solo al adulto, sino que también a los niños y adolescentes, estos últimos aun más susceptibles a estos mensajes. Además nos hemos convertido en una sociedad individualista con un marcado cultivo de la propia imagen.

En cuanto a la habilidad para mantener o establecer relaciones interpersonales los pacientes obesos presentan mayores dificultades, tal vez por la carencia de ciertas habilidades sociales como, la asertividad, dificultades en la expresión de sus sentimientos y dificultad para integrarse a grupos, lo que se ve reflejado en la soledad que suelen experimentar esta clase de personas, las que sufren problemas de introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad, falta de integración social, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social.

Ahora, pensemos que actualmente el sobrepeso y la obesidad están lejos del ideal estético y que vivimos en una sociedad que generalmente estigmatiza y desaprueba al obeso, en especial en la población infantil y adolescente, los que enfrentan de cierto modo una presión social generándose un ambiente muchas veces hostil alimentando sentimientos de desvalorización e inseguridad. Considerando que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que presenta una serie de desafíos en los cuales el adolescente debe adaptarse a cambios referentes a su cuerpo y el medio. Por lo tanto resulta difícil diagnosticar salud y normalidad. Es en este grupo etario en especial que la imagen corporal, puede no ser necesariamente consistente con la apariencia física real, y comienza a tener mayor importancia. Cuando el/la adolescente obeso/a presenta una imagen corporal pobre, se siente menos atractivo/a y comienza a percibir una imagen negativa de su cuerpo, llevándole a sentirse insatisfecho, preocupándose de manera excesiva y estresante de su apariencia, aflorando sentimientos como vergüenza e incluso timidez en situaciones grupales en las que ellos sienten que su apariencia es percibida por otras personas terminando por evitar actividades de tipo social o en grupo. Generalmente la autoimagen que manifiestan los pacientes obesos es distorsionada. Visualizan su cuerpo como grotesco y no se sienten contentos con su apariencia. También hay estudios que comprueban incluso sub-estimación del tamaño corporal en estos pacientes.

La presencia de obesidad en la adolescencia, pudiera surgir además como una forma de lograr un estado interno de equilibrio emocional, frente al cual, la alimentación se convertiría en un medio para lograr dicho equilibrio. Por lo tanto es de suma importancia conocer la historia personal de los adolescentes obesos, los aspectos de su vida emocional y de sus relaciones afectivas significativas que nos permitiesen comprender el cuerpo y la obesidad que lo enferma.

Como primer enfoque a esta problemática debemos apuntar al círculo social más cercano, la familia; en general esta condición afecta a casi todo el grupo familiar y no solo en la parte emocional o psicológica. Es común ver a familias completas o con más de uno de sus miembros con sobrepeso u obesidad, en donde factores como el medio ambiente familiar que rodea la alimentación, prácticas alimentarias, comportamientos al comer, los roles modelo-parentales, incluso factores genéticos son principalmente los causantes de esta conducta, o sea, comparten genes y ambiente. Además, existe mayor probabilidad de tener un hijo obeso, si los padres presentan esta condición. Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica y si ambos lo son se incrementa en más de 10 veces. (Guzman, 2010).

Muchas veces estos pacientes están insertos en un grupo familiar exigente con alta expectativas en su desarrollo intelectual, social, académico y les exigen a sus hijos que cumplan con estas imposiciones; Donde no se favorece la expresión de sentimientos, en especial aquellos que por ellos, son considerados inadecuados. Estas familias presentan generalmente características rígidas y sobre protectoras con dificultades para aceptar cambios, una fuerte tendencia a evitar problemas personales y falta de privacidad sin fomentar la autonomía y realización. Como los padres se preocupan tanto de la conducta de sus hijos, estos se vuelven demasiado conscientes de sí mismos y de las expectativas de las demás personas. Es importante considerar aspectos culturales, en cuanto a la entrega de afecto de las familias a través de la comida, y la creación de hábitos alimentarios desde una temprana edad. Conductas como premiar o tranquilizar al niño con comida produce una confusión en sus estados internos, confiriéndole al acto de comer valores más allá que el hecho de alimentarse y nutrirse

La familia juega un papel preponderante en el desarrollo del niño, por lo tanto influye de sobremanera en los hábitos alimentarios, conductas y percepción de la alimentación. No hay que olvidar que los padres representan un modelo a seguir por los hijos, representando la base de su formación. Los padres pueden influir en los hábitos alimentarios y la habilidad de sus hijos para la selección de alimentos, convirtiéndose en modelos a seguir con respecto a las conductas referentes a la alimentación y el peso. Logrando establecer el ambiente emocional y físico en el que puede o no desarrollarse la obesidad. La familia crea y comparte un ambiente común que puede o no conducir al sedentarismo y sobrealimentación.

En cuanto a la prevención y el tratamiento de la obesidad la familia cumple un rol muy importante, desde la interpretación de los síntomas, hasta la adherencia y posterior eficacia del tratamiento. La familia debe considerarse parte de la problemática. La conducta de cada uno de los miembros de la familia depende de la organización de la misma, interactuando entre ellos, reforzando o apoyando buenos hábitos alimentarios y el ejercicio. Es necesario realizar intervenciones enfocadas a toda la familia para lograr un mejor resultado. Se han observado mejores resultados en intervenciones a corto y largo plazo, en las cuales se ha incorporado al menos uno de los padres como participante activo en este proceso.

Igualmente se toma importante un enfoque multidisciplinario y una intervención integral en el tratamiento de la obesidad, a cargo de un equipo de profesionales especializados en diversas áreas: médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermera, entre otros; abarcando todos los ámbitos de esta enfermedad, tanto físico, psicológico, emocional, y enfocado a un mejoramiento de los hábitos de toda la familia; reforzar la autoestima y seguridad en sí mismos y establecer una red de ayuda incentivando al paciente a mantener actividades que le gusten, haciendo un esfuerzo por sociabilizar, utilizando algunas técnicas para el manejo de la ansiedad y las emociones entre otras.

Finalmente el éxito del tratamiento no solo debe contemplar la reducción de peso como objetivo final, sino que idealmente, lograr que el paciente cambie positivamente su calidad de vida con resultados positivos, como disminuir el sedentarismo, cambiar hábitos alimentarios, lograr aceptar su imagen corporal y tomar conciencia de su enfermedad.

Para visualizar de mejor manera la magnitud del problema de la obesidad se darán a conocer a través del siguiente mapa conceptual todos aquellos factores que inciden de una u otra forma en esta enfermedad y su relación entre ellos.

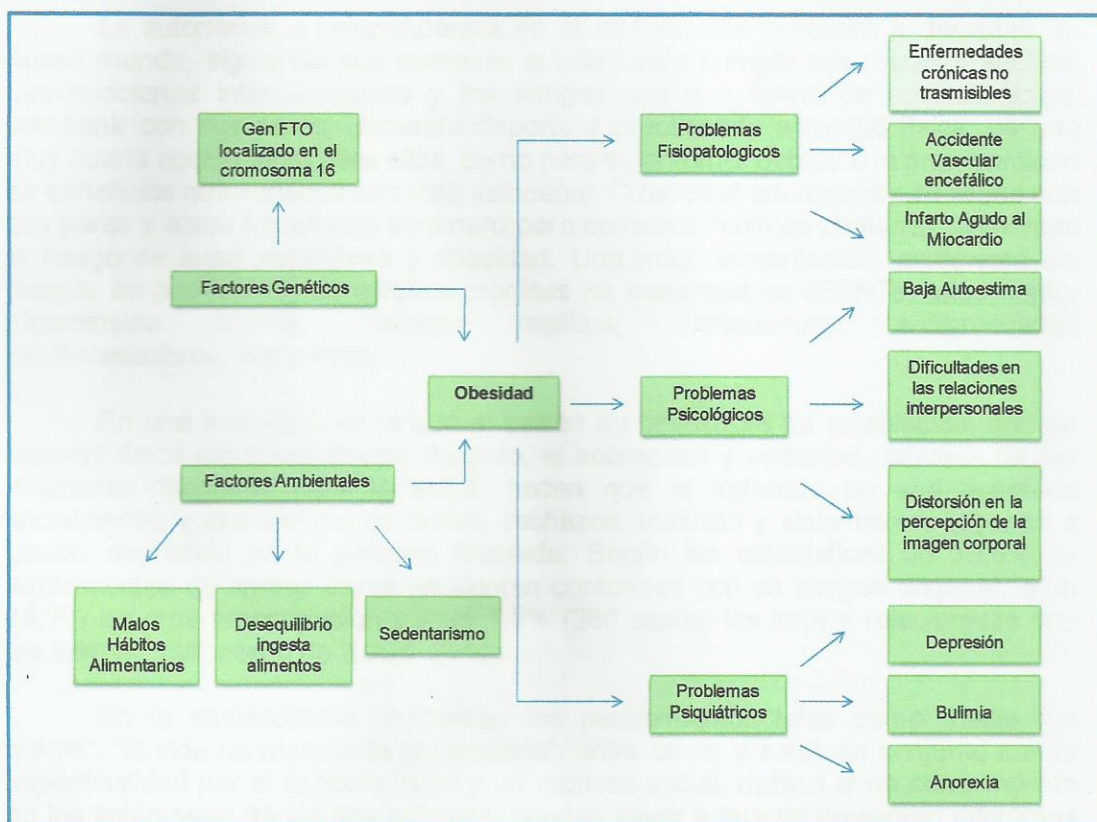


Figura 2: Mapa Conceptual Factores Incidentes de la Obesidad
Fuente: Elaboración propia.

2.1.3 ADOLESCENCIA, DEPRESIÓN, VIOLENCIA ESCOLAR Y ESTADO NUTRICIONAL

La adolescencia es una época de cambios, un proceso de transición de la niñez a adultez. Este período se inicia aproximadamente, entre los 12 años, hasta los 18 años de edad. Es una etapa de grandes cambios físicos y también psicológicos. Entre los cambios físicos, podemos mencionar, aumento de la estatura, del peso y fuerza, cambios en la textura de la piel y distribución del vello, desarrollo muscular y de las características de los órganos sexuales. Además, se producen cambios psicológicos en la manera de pensar, sentir, cambian los intereses personales, aumenta la sensación y sentimientos de temor y/o vergüenza o pudor ante situaciones que antes no tenían la misma importancia, aumenta la preocupación por el aspecto físico y el interés por el sexo opuesto, aumenta la autonomía e independencia.

En el momento en que el adolescente comienza esta etapa de cambios se puede sentir incomprendido por los adultos y comienza a relacionarse más con personas en su misma condición de cambios, para encontrar intereses y gustos en común y para sentirse aceptado socialmente.

La autonomía e independencia en el adolescente lo llevará a descubrir un nuevo mundo, siguiendo sus intereses e intentando cumplir sus metas y sueños. Las relaciones interpersonales y los amigos son una forma de sociabilización, compartir con sus pares, haciendo deporte y practicando actividad física, es una muy buena opción tanto para ellos, como para su entorno, debido a la gran cantidad de beneficios que conlleva una vida saludable. Cuando el adolescente se reúne con sus pares y estos hacen uso de dinero para consumir "comida chatarra", aumentan el riesgo de sufrir sobrepeso y obesidad. Una mala alimentación, acrecienta los riesgos de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) tales como, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

En una sociedad, en la que el patrón de belleza se ha establecido, con un aspecto físico extremadamente delgado, el sobrepeso y obesidad, además de ser altamente riesgosos para la salud; hacen que el individuo no sea aceptado socialmente, y sea víctima de burlas, rechazos, maltrato y aislamiento, llegando a causar depresión en la persona afectada. Según las estadísticas un 79,8% de adolescentes de ambos sexos se sienten conformes con su imagen corporal, a un 18,7% les crea preocupación y a un 1,5% (260 casos) les impide relacionarse con los demás." (Ministerio de Salud, 2012)

En la adolescencia, aumentan los pensamientos tales como "nadie me quiere", "la vida no merece la pena vivirla", entre otros; y estos en conjunto con la superficialidad por el aspecto físico y un rechazo social, debido al no cumplimiento de los estándares de belleza actuales, pueden llevar a que se presenten diferentes trastornos de la alimentación, baja autoestima y/o depresión.

La obesidad es un estado corporal, de malnutrición por exceso, en donde se produce una acumulación de grasa, por variados factores, y un desequilibrio energético entre ingesta y gasto calórico. Este desequilibrio energético llamado obesidad, tiene relación con diversas enfermedades crónicas no transmisibles y una de ellas y en la que se enfocará el estudio, es la depresión.

La depresión es un diagnóstico psiquiátrico que consiste en un síndrome, el cual hace referencia a un trastorno del estado anímico, este puede ser transitorio o permanente, produciendo sentimientos de infelicidad, abatimiento, tristeza, culpabilidad, irritabilidad, pérdida de interés en actividades que antes eran interesantes, entre otros; estos síntomas pueden causar dificultades para la realización de las labores diarias o una disminución en su rendimiento. En algunas personas la depresión puede ser leve o más grave, afectando la vida cotidiana, impidiendo el desarrollo social y también académico de un individuo. En los adolescentes se observa con mayor frecuencia síntomas como irritabilidad, problemas de sueño, trastornos en la alimentación, ideas suicidas, rebeldía, desobediencia hacia los padres o cuidadores, inicio en el consumo de drogas y/o alcohol, entre otros.

Existen diversas situaciones que pueden influir en el padecimiento y en la presentación de un evento de depresión, entre ellas podemos mencionar: problemas familiares, pérdida o fallecimiento de personas queridas, soledad o aislamiento, cambios en el estilo de vida, problemas en las relaciones interpersonales, discriminación, bullying escolar, abusos psicológicos o físicos, entre otras.

Diversos estudios han concluido que tanto la obesidad y la depresión, están relacionadas genéticamente, en su presentación y diagnóstico. Esto es debido a que uno de los genes responsables de la obesidad, el gen FTO, también tiene relación con las causas de la depresión, ya que la depresión modifica el efecto de este gen, el cual actuaría inhibiendo la saciedad. Lo que quiere decir que la vulnerabilidad genética tiene un rol importante.

Investigaciones pioneras, han establecido la relación que existe entre la obesidad y la depresión, y sus altas prevalencias a nivel mundial, además de ser importantes factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs).

“Estudios recientes apoyan la hipótesis de que existen factores etiológicos, incluyendo factores genéticos, compartidos entre la depresión, la obesidad y los trastornos físicos. Distintos grupos de investigación han puesto de manifiesto que la variación genética en el “gen de la obesidad FTO” ha sido asociada con el índice de masa corporal y un riesgo aumentado para la obesidad.” (Rivera S, 2012)

Otro interesante estudio fue realizado por el Instituto Karolinska en Huddinge (Suecia) que se publica en la revista Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, aclara que, la mutación del gen FTO, se asociaba con un índice de masa corporal (IMC) superior, un mayor porcentaje de grasa corporal y una mayor circunferencia

de cintura. Además que al realizar actividad física diariamente, el efecto de la mutación del gen FTO, era mucho más bajo. Estableciendo:

“Por cada copia del gen mutado, quienes realizaban el ejercicio recomendado tenían una media de IMC un 0,17 superior que los que no tenían mutaciones en comparación con el 0,65 por ciento mayor por mutación entre quienes no realizaban el ejercicio necesario.” (SOCHOB)

El gobierno de Chile, ha entregado alarmantes antecedentes de la depresión en la población chilena.

“Los trastornos depresivos constituyen por tanto, un problema de salud pública de alta relevancia en el mundo entero. En Chile, la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si se agregan los episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres. Es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres.” (Ministerio de Salud)

La tasa de adolescentes con pensamientos de suicidio ha aumentado notoriamente, siendo el segundo país a nivel mundial, después de Corea del Sur. Las estadísticas nos informan que el 1,2% de los adolescentes presenta ideas suicidas, además, un 4,2% presenta una situación anímica de angustia o ansiedad, y un 2,3% de hostilidad y/o agresividad.” (Ministerio de Salud, 2012)

Por lo demás el autoestima, la cual comprenderemos como la idea del valor personal y el respeto, que cada individuo tiene de sí mismo, y la autoaceptación tanto de las virtudes y defectos, el reconocer y admitir lo positivo y negativo, es aceptar que se es un ser humano y lo valioso de esto, puede verse afectada por situaciones tales como, vivencias y/o experiencias traumáticas, pérdidas afectivas, ser víctima de abusos, despreocupación, excesivas críticas o comparación con otros pares, discriminación física o psicológica, o víctimas de bullying, entre otros. La autoestima puede verse influenciada notoriamente por un padecimiento de depresión, en especial en la adolescencia, ya que ésta, es en una etapa de constantes cambios. La depresión puede aumentar la probabilidad de ser una posible víctima de bullying, ya que la combinación de una baja autoestima y depresión, harán que la víctima, no se dé el valor correspondiente como persona y aumentara el temor de enfrentar la situación de violencia escolar, sometiéndose cada vez a los abusos y discriminaciones. Entendiéndose, que aquel individuo que comete bullying a otro, realiza una conducta dirigida a hacer daño, de forma repetida en el tiempo, aprovechándose de una situación de desequilibrio de poder y fuerzas, a favor del efector, pudiendo provocar bullying físico, verbal y/o social.

La obesidad, produce en niños y adolescentes inseguridad de sí mismos, temor a enfrentar las situaciones y callan sus vivencias, además, se disminuye su autoestima, haciéndolos posibles víctimas de acoso escolar, burlas, discriminación y sufriendo rechazos y aislamiento al momento de realizar actividad física o jugar, debido a las complicaciones que causa la malnutrición por exceso en un individuo. Es por esto que la importancia de la educación en nutrición no solo radica, en la prevención

de las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden ser causadas por una mala alimentación y como consecuencias de un mal estado nutricional, sino que además de los efectos psicológicos, sociales y la presencia del diagnóstico médico de depresión.

La relación entre depresión y malnutrición por exceso será sintetizada en el siguiente mapa conceptual:

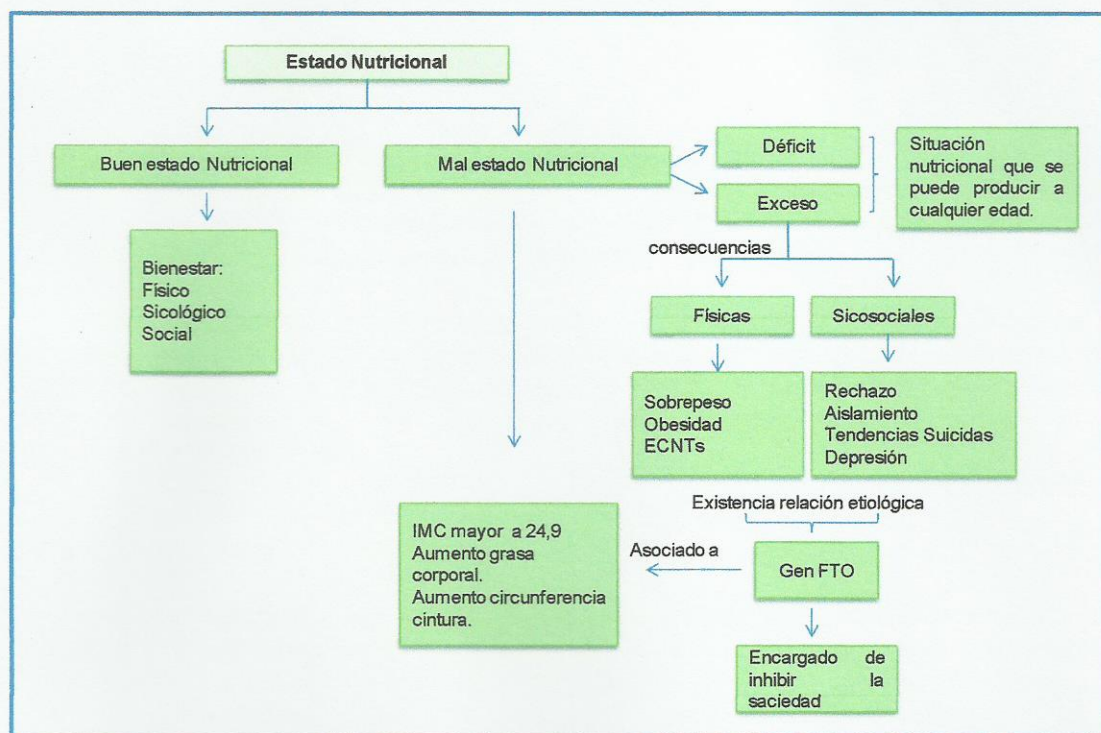


Figura 3: Mapa Conceptual Relación Entre Obesidad y Depresión
Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO 3: METODOLOGIA

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, y empíricos los cuales se aplican al estudio de un fenómeno. Hernández S (2006), afirma que una investigación con un enfoque cuantitativo, debe plantear un problema de estudio delimitado y concreto, una vez planteado se debe realizar una revisión de literatura, y sobre estas bases revisadas anteriormente se construye un marco teórico.

3.1 PARADIGMA POSITIVISTA

El término positivismo fue utilizado por primera vez por el filósofo y matemático francés del siglo XIX Auguste Comte, se le considera creador del positivismo, el cual se caracteriza por ser una corriente donde sólo se admite como válidos los conocimientos provenientes de las ciencias empíricas.

Esta investigación es de tipo positivista ya que nos basaremos en los hechos empíricos, en la inducción, la observación y la experiencia, sin interferir en sus respuestas es por esto que recopilaremos la información mediante instrumentos como los cuestionarios y los resultados serán expuestos de tal manera de transparentar dichos datos.

3.2 MÉTODO CUANTITATIVO

Esta investigación será de tipo cuantitativa, ya que se iniciará el proceso con una idea a desarrollar, y cuando fue delimitado el planteamiento del problema, fueron establecidos los objetivos y las interrogantes, se efectuó una revisión literaria con los antecedentes y ahondamiento en el tema enfocado a investigar, la coexistencia de obesidad con la presencia de depresión y dificultades en las relaciones interpersonales. En este estudio, se busca la objetividad por medio del análisis de datos estadísticos obtenidos de la muestra.

Con este tipo de método se puede establecer si coexiste algún tipo de relación entre los factores mencionados. Además, el enfoque cuantitativo, entrega mayor dominio sobre la investigación, sus fenómenos y causalidad.

3.3 TIPO DE INVESTIGACION: DESCRIPTIVA

La Investigación Descriptiva se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico, (Hernandez, 2006). Una investigación descriptiva busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas grupos, comunidades, procesos objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos dimensiones o componentes del fenómeno a investigar es por esto que se selecciona una serie de características y se miden o recolecta información sobre cada una de ellas, para describir lo que se investiga.

Se realizará, una investigación de tipo descriptiva, ya que es necesario conocer y medir diferentes variables, conceptos y así examinar las características propias del problema, y para obtener dicha información se desarrollaran diversas técnicas para la recolección de los datos, interpretándolos de forma objetiva en términos claros y precisos.

3.4 DISEÑO NO EXPERIMENTAL TRANSECCIONAL

Según Hernández Sampieri (2006), un diseño No Experimental puede definirse como una investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en un contexto natural, para después analizarlos. En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos.

Se utilizará el diseño no experimental ya que no manipularemos variables, solo observaremos situaciones o hechos ya existentes no provocadas, es decir en su estado natural.

Los diseños de investigación transeccional o transversal según Hernández, (2006) recolectan datos en un sólo momento en un tiempo único. Su propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores.

Esta investigación se clasifica en diseño transeccional o transversal, ya que sólo se recolectará información en un momento dado abarcando varias variables mediante la confección de cuestionarios. Se registrarán, tabularán y examinarán los datos obtenidos, para analizar el fenómeno de la obesidad y su relación con factores tanto ambientales, como psicosociales.

3.5 HIPOTESIS

Según Hernández (2006) las hipótesis de investigación pueden definirse como proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables. Cabe mencionar, que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis.

En esta investigación se evaluarán los datos obtenidos de la muestra, pero no se realizarán hipótesis, ya que es una investigación de tipo descriptivo, en la que solo evaluaremos la coexistencia de malnutrición por exceso con las variables mencionadas anteriormente.

3.6 ROL DEL INVESTIGADOR

Se adoptará una postura no participante para no intervenir en la investigación, asumiendo principalmente el rol de observador, no atribuyéndole a los datos obtenidos ni a los participantes de la investigación un significado personal. Para la recolección de datos se utilizará un criterio objetivo y posteriormente estos datos serán seleccionados, organizados y analizados de la manera más rigurosa posible desde un punto de vista estadístico, con el objetivo de entregar información referente a la cantidad y magnitud con la que se presentan los fenómenos.

3.7 POBLACION

Para el presente estudio se utilizará como unidad de análisis a los adolescentes pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca. En nuestra investigación la población estará conformada por todos los adolescentes de entre 14 a 18 años, de los 3 cursos Primer año medio, de ambos sexos, pertenecientes a este establecimiento.

3.8 MUESTRA

Para establecer el tipo de muestra es necesario tener en cuenta conceptos tales como, unidad de análisis, la que se refiriere a las personas, objetos, sucesos, comunidades, periódicos, situaciones, eventos entre otros, que serán estudiados. De la unidad de análisis delimitaremos nuestra población, la cual es definida como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones, además define a la muestra como un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y deben ser representativos de dicha población.

Para esta investigación se estableció una muestra en base a nuestra interrogante principal y así conocer la presencia y coexistencia de malnutrición por exceso, depresión y dificultades sicosociales, además, este tipo de muestreo nos facilitará la realización del estudio, ya que contamos con un tiempo limitado, y de esta manera podremos aumentar la diversidad de la muestra.

3.9 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Seleccionado el diseño de investigación y la muestra, la siguiente etapa consiste en la recolección de datos pertinentes a los factores involucrados en la investigación. Estos datos serán proporcionados por el grupo en estudio, el cual ha sido establecido con anterioridad, pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca, de entre los adolescentes de 14 a 18 años. Los datos serán recolectados mediante método de encuesta utilizando como instrumento el cuestionario.

Además, se determinará el estado nutricional de la población en estudio mediante el cálculo del indicador índice de masa corporal para la edad (IMC/Edad), el cual es un método fiable y sencillo que utiliza el peso y la talla de un individuo lo

que se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal. Este método fue ideado por el estadístico belga L. A. J. Quételet, por lo que también se conoce como índice de Quételet, el cual se calcula mediante una ecuación matemática simple. En cuanto a la clasificación de estos parámetros usaremos como referencia las tablas para evaluación nutricional en niños y niñas de 6 a 18 años IMC por edad CDC/NCHS. Para el desarrollo del estudio se medirán las siguientes variables:

- a) Datos antropométricos: peso y talla
- b) Tendencia alimentaria: hábitos alimentarios
- c) Aspectos psicosociales y psiquiátricos: coexistencia de depresión diagnosticada medicamente, dificultades en la relación familiar y relaciones interpersonales, percepción de la imagen corporal.

3.10 PROCESO DE CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO

Para comenzar la construcción de nuestro instrumento de recolección de datos, se redefinieron las variables a partir de los objetivos; se revisó literatura referente al tema de investigación; se generaron las variables para la investigación; datos antropométricos, tendencia alimentaria y aspectos psicosociales y psiquiátricos. Además de los indicadores para cada variable; peso y talla, tendencia alimentaria, coexistencia de depresión diagnosticada medicamente, dificultades en la relación familiar y relaciones interpersonales individuales y percepción de la imagen corporal. A partir de esto se construyó un boceto de los cuestionarios con diferentes categorías, y con preguntas de tipo cerradas, dicotómicas y de alternativas simples. El cual analizamos en conjunto con el equipo de trabajo y personas externas a este y especializadas en la materia de nutrición, psicología y metodología, para la validación de los cuestionarios.

Con motivo de informar y detallar todo lo que se procurará realizar en el establecimiento el Liceo El Señor de Renca, se confeccionó un informe del plan de trabajo, en el cual se establecieron las fechas para la realización de cada acción. La programación de todas las actividades se fijaron en conjunto con el director del Liceo el Padre Carlos Arancibia y los profesores de la asignatura de educación física y taller de deporte, para no interferir en las actividades de los estudiantes que cursan primero medio. Además, a petición del Director se adjuntó material educativo y una nomina de productos aptos para la venta alusiva a los kioscos Saludables.

3.11 VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La aprobación de los instrumentos de recolección de datos fue realizada por especialistas en el área de estudio. En el caso del cuestionario Aspectos Psicosociales, fue realizada por el director del área de Ciencias Humanas, de la Universidad Ucinf, el Señor Patricio Pizarro; entregando sugerencias para la evaluación de los resultados. El cuestionario se encuentra a disposición en el anexo número 1. La aprobación del cuestionario Aspectos Alimentarios, fue realizada por la Profesora Guía del Proyecto de Tesis, de la Universidad Ucinf, la Señora Geraldine Lapuente, realizó variadas correcciones a la herramienta antes de ser

aprobada para su aplicación, entre ellas cabe mencionar la modificación de algunos indicadores de evaluación en algunas preguntas. Las acotaciones fueron acogidas y el cuestionario modificado y posteriormente aprobado. Además los cuestionarios los validó la profesora Daniela Escalona, docente de Educación física del Liceo donde se realizará la investigación.

La validación de los cuestionarios se efectuó en 10 adolescentes elegidos aleatoriamente por el profesor encargado de la muestra perteneciente al Liceo Politécnico El Señor de Renca; y esta se realizó sin dificultades de comprensión y/o desarrollo por parte de los adolescentes.

Establecer las variables y subvariables, es de suma importancia para poder realizar y establecer los cuestionarios que serán aplicados a la muestra, para así llevar a cabo la investigación y conocer los resultados y la coexistencia entre los aspectos que se detallan a continuación:

Variable	Subvariable	Pregunta
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 1
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 2
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 3
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 4
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 5
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 6
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 7
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 8
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 9
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 10
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 11
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 12
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 13
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 14
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 15
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 16
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 17
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 18
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 19
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 20
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 21
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 22
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 23
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 24
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 25
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 26
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 27
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 28
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 29
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 30
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 31
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 32
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 33
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 34
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 35
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 36
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 37
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 38
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 39
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 40
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 41
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 42
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 43
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 44
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 45
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 46
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 47
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 48
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 49
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 50
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 51
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 52
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 53
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 54
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 55
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 56
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 57
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 58
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 59
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 60
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 61
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 62
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 63
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 64
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 65
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 66
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 67
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 68
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 69
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 70
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 71
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 72
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 73
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 74
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 75
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 76
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 77
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 78
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 79
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 80
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 81
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 82
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 83
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 84
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 85
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 86
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 87
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 88
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 89
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 90
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 91
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 92
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 93
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 94
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 95
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 96
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 97
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 98
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 99
Indicadores de los	Indicadores	Pregunta N° 100

Tabla 3:
Operacionalización de las variables de investigación.

INTERROGANTE PRINCIPAL	VARIABLE	SUBVARIABLE	DIMENSION
¿Cómo se describe la coexistencia entre el estado nutricional, la tendencia alimentaria, diagnóstico médico de depresión y las dificultades en relaciones interpersonales individuales en los adolescentes entre 14 y 18 años, pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca?	Antecedentes sociobiográficos de la muestra.	Antecedentes personales del grupo en estudio.	Nombre Edad Sexo
	Estado nutricional de los adolescentes, de entre 14 y 18 años, pertenecientes al Liceo Politécnico el Señor de Renca.	Antecedentes antropométricos del grupo en estudio.	Peso Talla
	Tendencias alimentarias del grupo en estudio.	Hábitos alimentarios del grupo en estudio.	Pregunta N° 1 Pregunta N° 2 Pregunta N° 3 Pregunta N° 4 Pregunta N° 5 Pregunta N° 6 Pregunta N° 7 Pregunta N° 8 Pregunta N° 9 Pregunta N° 10 Pregunta N° 11 Pregunta N° 12
	Diagnóstico médico de depresión.	Antecedentes de salud.	Pregunta N° 1 Pregunta N° 2
	Coexistencia de dificultades en las relaciones interpersonales individuales del grupo en estudio.	Antecedentes familiares. Antecedentes sociales.	Pregunta N° 1 Pregunta N° 2 Pregunta N° 3 Pregunta N° 4 Pregunta N° 5 Pregunta N° 6 Pregunta N° 7
		Percepción de la imagen corporal	Pregunta N° 1 Pregunta N° 2

Nota. Fuente elaboración propia.

Debido a la situación en la que se encuentra un individuo con malnutrición por exceso se evaluaron todos los aspectos; sociobiograficos, de salud, sicosociales, antropométricos y alimentarios; para esto es necesario conocer y definir aquellas variables relevantes para esta investigación y así definir la importancia de cada variable porcentualmente. Todo esto se dara a conocer en las tablas 3 y 4.

Tabla 4:
Definición de Variables.

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE	SUBVARIABLE	DIMENSION	
Estado Nutricional	Aspectos Sociobiográficos	Personal	Cuestionario	
	Situación en la que se encuentra un individuo cuanto a la ingestión de nutrientes y los cambios fisiológicos derivados de esto.	Aquellos datos que nos entregan los datos más personales de cada persona.	Datos que nos entregan las características más generales del individuo	Nombre Edad Sexo
	Aspectos Salud	Salud		
	Se refiere al estado físico, mental y psicológico del individuo.	Busca conocer la coexistencia de depresión y de depresión y farmacoterapia referida a esta enfermedad.	Depresión diagnosticada medicamente. Consumo de antidepresivos.	Pregunta Nº 1 Pregunta Nº 2
	Aspectos sicosociales	Familiar		
	Aquellas condiciones presentes en una situación de tipo social	Se utiliza para señalar todo aquello relativo a la noción de familia.	Calidad de relación con su familiar. Perspectiva propia del sistema familiar.	Pregunta Nº 1 Pregunta Nº 2
		Social		
		Corresponden a la interacción que mantiene el individuo con su	Percepción propia de sociabilización. Conductas de liderazgo.	Pregunta Nº 1 Pregunta Nº 2 Pregunta Nº 3 Pregunta Nº 4 Pregunta Nº 5

	entorno	Cantidad de amigos.	
		Cantidad de tiempo que comparte con sus amigos.	
		Padecimiento de bullying por parte de sus pares con respecto a su aspecto físico	
Imagen corporal			
	Consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo	Percepción autoimagen corporal.	Pregunta Nº 1 Pregunta Nº 2
Aspectos Alimentarios		Alimentario	
Nos referimos a aspectos alimentarios como al conjunto de características que debe presentar nuestra dieta.	Relativo a los alimentos y sus características	Composición de la dieta, la cantidad de alimentos ingeridos y los horarios de comida.	Pregunta Nº 1 Pregunta Nº 2 Pregunta Nº 3 Pregunta Nº 4 Pregunta Nº 5 Pregunta Nº 6 Pregunta Nº 7 Pregunta Nº 8 Pregunta Nº 9 Pregunta Nº 10 Pregunta Nº 11 Pregunta Nº 12
Aspectos Antropométricos		Datos Antropométricos	
Se refiere a las medidas del cuerpo.	Método para estimar la composición corporal	Peso Talla	Medir peso y talla

Nota. Fuente elaboración propia.

Tabla 5:
Esquema de composición porcentual

Esquema de Composición Porcentual			
Perfil	Variable	Subvariable	
Estado Nutricional, Psicosocial y Tendencia Alimentaria 100%	Aspectos sociobiograficos	Personal	
		10,71%	
	Aspectos de salud	Salud	
		7,14%	
	Aspectos psicosociales		
	32,14%	Familiar	7,14%
		Social	17,85%
		Imagen Corporal	7,14%
	Aspectos alimentarios	Alimentario	
		42,85%	
	Aspectos antropometricos	Antropometria	
	7,14%		
Total		99,97%	

Nota. Fuente elaboración propia.

Ambas tablas se utilizarán en la construcción del instrumento de recolección de datos, su utilidad será para aportar en el enfoque de esta investigación. Se anexan los cuestionarios "Tendencia Alimentaria" y "Aspectos Psicosociales" que serán utilizados para la obtención de datos de la muestra en esta investigación.

Posteriormente se procedió a validar los instrumentos de recolección de datos, esto se llevó a cabo en el mismo establecimiento en el cual se realizará esta investigación, eligiendo al azar 10 alumnos que cumplieran con las características del grupo en estudio y se aplicó en cada uno de ellos, los cuestionarios antes mencionados para finalmente verificar el buen entendimiento de estos instrumentos por parte de este grupo en particular. Finalmente se corrigió ambos cuestionarios y nuevamente se sometió a revisión para constatar la ausencia de errores.

3.12 ANALISIS DE DATOS

Esta etapa es muy importante para la interpretación de los datos obtenidos de la muestra mediante los instrumentos utilizados. "Analizar significa establecer categorías, ordenar, manipular y resumir los datos" (Kerlinger, 1982, p. 96).

Es en esta fase de la investigación en donde se comienza a racionalizar estos datos con el objetivo de revelar e interpretar los resultados y así poder relacionar las diversas variables en estudio. Como instrumento para ordenar y tabular los datos obtenidos del grupo muestral, utilizaremos tablas estadísticas las que permiten llevar a cabo las técnicas de análisis para obtener los resultados de manera clara, simple y ordenada. Para el análisis de los datos y la obtención de los resultados, se realizará una comparación entre los datos obtenidos, los que serán clasificados según la evaluación de estado nutricional, en 2 grupos, estado de malnutrición por exceso y estado nutricional normal. Para que la comparación sea proporcional, será realizada en porcentajes, y las muestras serán igualadas de manera proporcional y equitativa, según los resultados, que serán expuestos en la matriz de datos, la cual se adjunta en el anexo N°3.

A continuación se incluyen algunas tablas diseñadas para el análisis de datos:

Tabla 6:
Distribución según edad en años.

<i>Edad en años</i>	<i>Frec. Absoluta</i>	<i>Frec. Porcentual</i>	<i>Frec. Porc. Acumulada</i>
<i>X</i>	<i>ni</i>	<i>hi%</i>	<i>Hi</i>
13			
14			
15			
16			
Total			

Nota. Fuente elaboración propia.

Tabla 7:
Distribución según consumo de lácteos al día en porciones.

<i>Consumo lácteos al día</i>	<i>Frec. Absoluta</i>	<i>Frec. Porcentual</i>	<i>Frec. Porc. Acumulada</i>
<i>X</i>	<i>ni</i>	<i>hi%</i>	<i>Hi</i>
1 porción/día			
2 a 3 porciones/día			
Más de 3 porciones/día			
No consume			
Total			

Nota. Fuente elaboración propia.

CAPITULO 4: RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados de la aplicación y análisis de los cuestionarios aplicados a la muestra, perteneciente al Liceo Politécnico El Señor de Renca. A continuación se entregan los resultados según diferentes antecedentes:

4.1 Antecedentes Personales de la Muestra Total

La muestra perteneciente al Liceo Politécnico el Señor de Renca, pertenece a los primeros años medios del establecimiento. Los rangos de edad fluctuaron desde los 13 años hasta 16 años. Exactamente un 4,2% tienen 13 años, el 66,3% tiene 14 años, el 25,3% tiene 15 años y el 4,2% tiene 16 años de edad. De la muestra obtenida y evaluada, respectivamente el 61,1% son varones y el 38,9% son damas.

La muestra fue evaluada por peso y talla a todos los alumnos presentes. Estos valores fueron clasificados posteriormente a través de IMC/Edad. Las estadísticas de estado nutricional indican que el 54,7% tiene un estado nutricional Normal, el 21,1% se encuentra en Riesgo de Obesidad, y el 24,2% se encuentra en un estado de Obesidad respectivamente. La mal nutrición por exceso (riesgo de obesidad y obesidad) tiene altos índices en la muestra analizada, casi igualando a la cantidad de alumnos en estado nutricional normal.

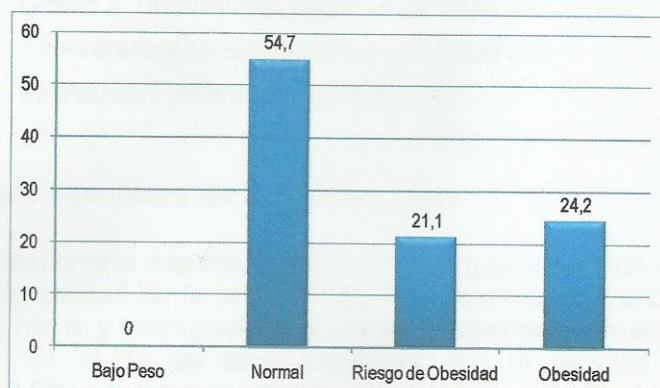


Gráfico 1 : Distribución de frecuencia según estado nutricional. Fuente: Elaboración propia.

4.2 Antecedentes de Salud de la Muestra Total

Varios estudios indican que la malnutrición por exceso, trae consecuencias sobre el estado anímico de la persona que lo padece, es por esto la importancia de analizar a través del cuestionario Aspectos Psicosociales, cual es el porcentaje de alumnos que han presentado diagnósticos médicos de depresión. Las estadísticas han arrojado que el 11,6% ha sido diagnosticado de depresión y el 88,4% restante no ha padecido esta patología. Posteriormente se consultó en el cuestionario aplicado a la muestra, por el consumo de medicamentos antidepresivos. Los análisis de los resultados indican que el 1,1% de la muestra ha consumido medicamentos para la depresión y el 98,9% no ha consumido.

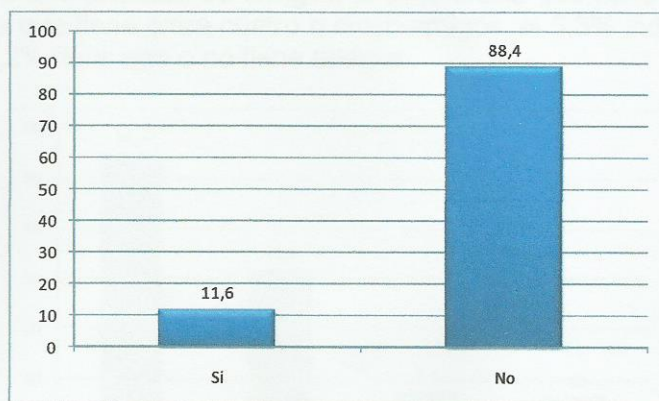


Gráfico 2 : Distribución según la cantidad de Adolescentes en estudio diagnosticados con depresión. Fuente: Elaboración propia.

4.3 Antecedentes Familiares de la Muestra Total.

En el cuestionario Aspectos Psicosociales que se aplicó a la muestra, se consultó sobre la calidad de la relación familiar, para conocer sobre como son las relaciones en el hogar y cuan conformes están los alumnos con esta relación desde su perspectiva. El 34,7% de ellos considera que la relación es cercana y/o afectuosa, el 38,9% considera que solo tienen buena comunicación, un 24,2% considera que esta relación es estable y 2,1% de la muestra considera que la relación es conflictiva. Así mismo, sobre la perspectiva de la relación familiar, al 64,2% les resulta satisfactoria, al 27,4% relativamente satisfactoria, al 4,2% les resulta insatisfactoria la relación que se mantiene con su familia y al restante 4,2% les resulta muy insatisfactoria.

4.4 Antecedentes Sociales de la Muestra Total.

En la medida en que el niño comienza a entrar en la etapa de la adolescencia, comienza a relacionarse cada vez más con sus pares y hacerse de amigos. Esto pasa a ser una necesidad, ya que la sociabilización es importante para el desarrollo personal de toda persona. En el cuestionario se les consultó sobre su percepción de las relaciones sociales que cada uno mantiene. Los resultados indican que un 54,7% se considera una persona muy sociable, el 31,6% se considera medianamente sociable y el 7,4% poco sociable y un 6,3% se considera muy poco sociable.

Respecto a la cantidad de amigos, el 80% indica que tiene muchos amigos, un 11,6% indica que tiene entre cuatro o cinco amigos, el 5,3% indica que tiene 2 o 3 amigos y el 3,2% tiene uno o no tiene amigos.

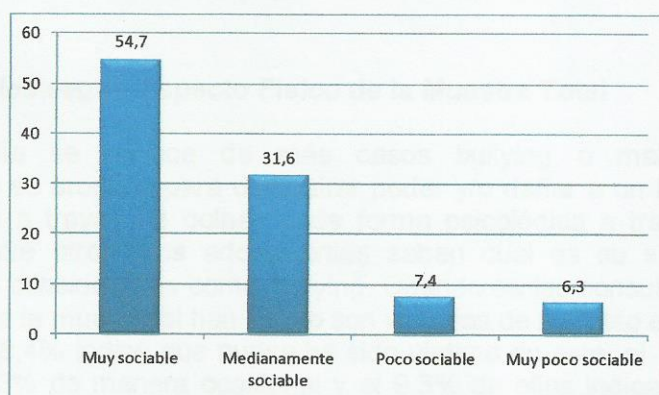


Gráfico 3: Distribución según la percepción de las relaciones sociales individuales que mantienen los adolescentes en estudio con su entorno. Fuente:

Elaboración propia.

Así como es importante que el adolescente tenga relaciones de sociabilización y amigos, se les consultó a los alumnos sobre el tiempo que dedicaban a compartir con sus amigos. Los resultados indican que 65,3% comparten todos los días con ellos (lunes a domingo), el 24,2% comparte con ellos solo en el colegio (lunes a viernes), el 9,5% comparte solo los fines de semana con sus amigos y el 1,1% no comparte con ellos.

Las conductas de liderazgo comúnmente se presentan desde la infancia y/o adolescencia, generalmente la capacidad de liderazgo va acompañada de gran capacidad de sociabilización y relacionarse con los demás. El 8,4% de los alumnos que respondieron el cuestionario Aspectos Psicosociales, se han considerado ser líderes de forma frecuente, el 15,8% de manera ocasional, un 32,6% casi nunca y el 43,2% nunca han sido líderes en su grupo de relaciones sociales.

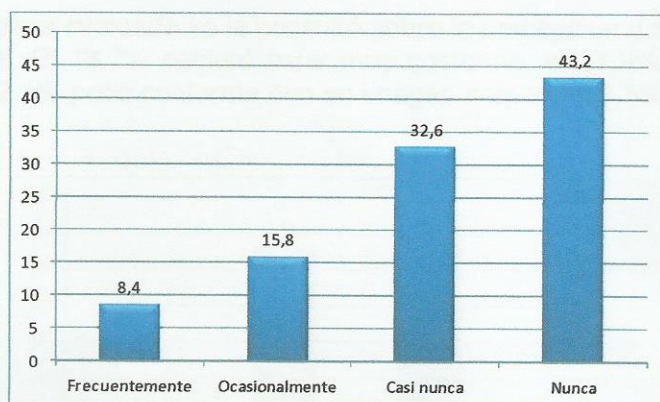


Gráfico 4: Distribución según conductas de liderazgo.

Fuente: Elaboración propia.

4.5 Antecedentes según Aspecto Físico de la Muestra Total

Cada día se conoce de más casos bullying o maltrato escolar y frecuentemente se produce para demostrar poder y/o dañar a un individuo, ya sea de forma física a través de golpes o de forma psicológica a través de burlas o aislamiento, entre otros. Los adolescentes saben cual es su significado y que situaciones son consideradas como bullying. Cuando se les consultó a los alumnos pertenecientes a la muestra si han sido o son víctimas de maltrato escolar y con que frecuencia, el 68,4% indicó que nunca ha sido víctima de este, el 16,8% lo ha sido rara vez, un 5,3% de manera ocasional y el 9,5% de ellos indica que siempre es víctima.

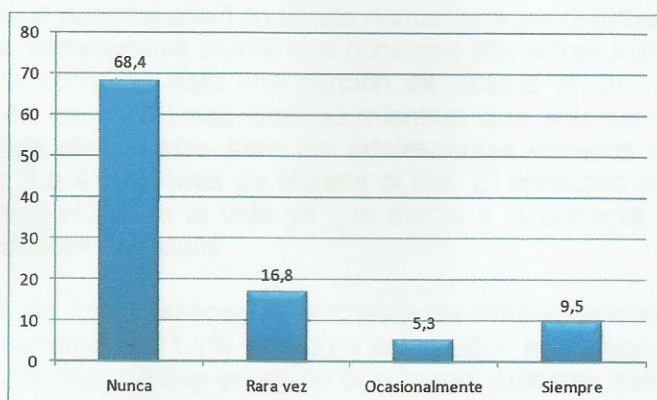


Gráfico 5: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio que sufren de bullying.

Fuente: Elaboración propia.

A la muestra evaluada se le consultó sobre la percepción y satisfacción de su imagen corporal. El 13,7% declaró estar muy conforme, el 37,9% declara sentirse conforme, un 42,1% poco conforme con su imagen corporal y 6,3% indicó que no le es importante.

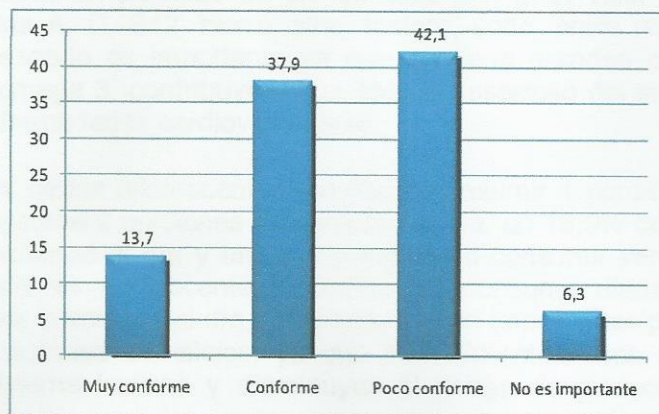


Gráfico 6: Distribución según la percepción de la autoimagen corporal. Fuente: Elaboración propia.

Respecto a esta propia conformidad o disconformidad, se les preguntó si les importaba la opinión que sus pares tienen de su imagen corporal y al 28,4% Si les importa la opinión de los demás y el 71,6% declaró que No les importa.

4.6 Antecedentes Alimentarios de la Muestra Total.

Referente al cuestionario Tendencia Alimentaria los resultados indicaron que un 48,4% de los adolescentes afirmó que consume dos a tres porciones de lácteos al día, un 25,3% consume sólo una porción de lácteos al día, un 17,9% refiere consumir más de tres porciones diarias, mientras que sólo un 8,4 no consume lácteos. Las guías alimentarias para los adolescentes chilenos recomiendan que deben consumir 3 a 4 porciones de lácteos al día. El consumo de lácteos es muy importante en esta etapa de la vida ya que ayuda a la correcta formación de los huesos y la contracción muscular

El 54,7% de los adolescentes encuestados refiere consumir carnes una a dos veces a la semana, el 21,1% consume carnes dos a tres veces en la semana, un 15,8% consume más de tres veces en la semana, mientras que solo un 8,4% no consume carnes. Las guías alimentarias para el adolescente recomiendan que deben consumir 2 veces por semana, de esta manera contribuir a una dieta equilibrada. La ingesta de carnes magras forma parte de la dieta, ya que es una fuente importante de proteínas y micronutrientes esenciales como el hierro, vitamina A, zinc entre otros, los cuales son necesarios para el crecimiento y desarrollo.

El 55,8% de los adolescentes indica que consume pescados 1 a 2 veces en la semana, un 7,4 % consume de 2 a 3 veces por semana, mientras que un 3,2% consume más de 3 veces en la semana y el 33,7% indicó no consumir pescados. Las guías alimentarias para los adolescentes recomiendan consumir este alimento 2 veces por semana. El pescado es un alimento con gran valor nutritivo, ya que contiene vitamina A, D, B12, hierro, zinc, fósforo, yodo, entre otros nutrientes. El consumo de pescado es importante ya que contiene grandes cantidades de ácidos grasos omega 3, contribuyendo al óptimo desarrollo del sistema nervioso y previene las enfermedades cardiovasculares.

El 45,3% de los adolescentes manifestó consumir 1 porción de verduras al día, un 20% consume 2 porciones de verduras al día, un 18,9% consume más de 2 porciones de verduras al día y un 15,8% indicó no consumir verduras. Las guías alimentarias para los adolescentes recomiendan consumir diariamente verduras, como mínimo dos porciones al día. Las verduras son importantes para el organismo debido a sus múltiples beneficios, ya que son alimentos ricos en antioxidantes, estimulan el sistema inmune y disminuyen el riesgo de padecer algún tipo de cáncer.

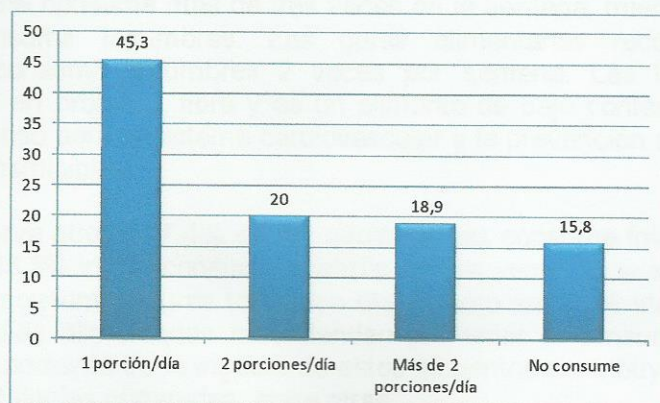


Gráfico 7: Distribución según el consumo de verduras al día en porciones. Fuente: Elaboración propia.

El 32,6% de los adolescentes señaló consumir una unidad fruta al día, un 32,6% indicó consumir más de 2 unidades de frutas al día, un 24,2% consume 2 unidades de frutas al día, mientras que un 10,5% no consume frutas. Las guías alimentarias recomiendan consumir 3 porciones de frutas al día como mínimo. Las frutas son alimentos ricos en antioxidantes, fibra, vitaminas y minerales que contribuyen al sistema inmune de los adolescentes y otros múltiples beneficios.

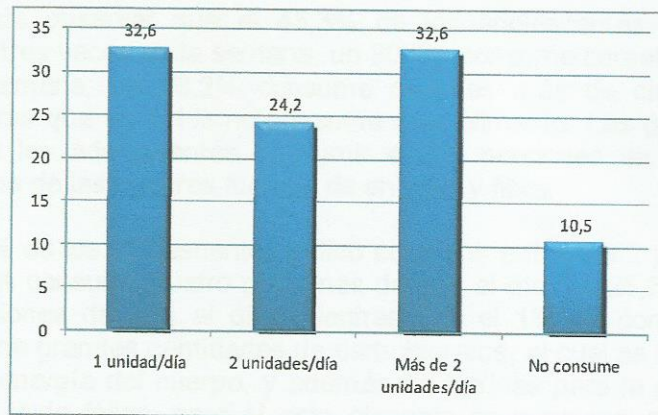


Gráfico 8: Distribución según el consumo de frutas al día. Fuente: Elaboración propia.

Respecto al consumo de legumbres, un 44,2% de los adolescentes señaló consumirlas sólo una vez a la semana, un 29,5 consume legumbres 2 veces en la semana, un 6,3% consume más de tres veces en la semana, mientras que un 20% indicó no consumir legumbres. Las guías alimentarias recomiendan a los adolescentes consumir legumbres 2 veces por semana. Las leguminosas son alimentos ricos en proteína, fibra y es un alimento de bajo contenido de grasa, lo que es beneficioso para el sistema cardiovascular y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Se observa que el 47,4% de los adolescentes consume frituras 1 a 2 veces en el mes, un 35,8% indicó consumir cuatro o menos veces en la semana, mientras que un 14,7% consume frituras todos los días y sólo un 2,1% indicó no consumir frituras. Las guías alimentarias recomiendan disminuir el consumo de alimentos fritos ya que el aumento de la ingesta de estos alimentos contribuyen a la aparición la obesidad, patologías coronarias, entre otras



Gráfico 9: Distribución según el consumo de frituras. Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que el 45,3% de los adolescentes señaló consumir cereales una a tres veces en la semana, un 30,5% consume cereales cuatro a cinco veces en la semana, un 23,2% consume cereales más de cinco veces en la semana, mientras que un 1,1% no consume este alimento. Las guías alimentarias recomiendan a los adolescentes consumir 4 o 5 porciones en la semana. Los cereales son una de las mejores fuentes de energía y fibra.

El 42,1% de los adolescentes indicó consumir entre 1 a 2 porciones de pan al día, un 31,1% consume cuatro porciones de pan al día, un 25,3% consume más de cuatro porciones de pan al día, mientras que el 1% no consume pan. Este alimento contiene grandes cantidades de carbohidratos, el cual es necesario para la generación de energía del cuerpo, y además las harinas para la producción están fortificado con ácido fólico, pero si este alimento se consume en exceso puede aumentar el riesgo de sufrir sobre peso u obesidad.

Respecto al consumo de azúcar, el 70,5% de los adolescentes consume una a tres porciones de azúcar al día, un 16,8% consume cuatro a seis porciones de azúcar al día, un 4,2% consume más de 6 porciones de azúcar al día, mientras que un 8,4% no consume azúcar. Las guías alimentarias recomiendan a los adolescentes consumir azúcar todos los días pero en poca cantidad, máximo 5 cucharaditas al día. El azúcar es un hidrato de carbono por ende es la principal fuente de energía, pero no entrega ningún valor nutricional, es por esto que se recomienda que su consumo sea moderado.

Se observó que el 38,9% de los adolescentes indicó consumir alimentos azucarados dos a tres veces en la semana, un 27,4% consume alimentos azucarados cuatro a cinco veces en la semana, un 29,5% indico consumir alimentos azucarados todos los días y sólo un 4,2% indicó no consumir este estos alimentos. Las guías alimentarias para los adolescentes recomiendan disminuir el consumo de estos alimentos. La ingesta de alimentos azucarados solo proporciona energía y no aportan nutrientes sólo calorías vacías el consumo elevados de estos productos aumentan el riesgo de padecer obesidad y llegar a padecer de diabetes en la vida adulta.

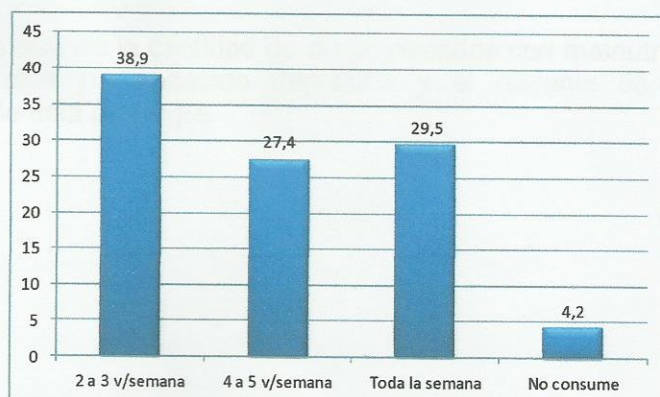


Gráfico 10 : Distribución según el consumo de alimentos azucarados. Fuente: Elaboración propia.

Respecto al consumo y tiempos de comida, se observó que el 81,1% manifestó consumir desayuno y el 18,9% restante no consume. El 63,2% de los adolescentes indicó consumir colación en la hora de la mañana y el 36,8% no consume. El 87,4% de los adolescentes de la muestra declaró consumir almuerzo y el 12,6% restante No consume almuerzo. El 36,8% declaró consumir colación por las tardes y el 63,2% no consume. El 93,7% refiere consumir onces y no consume un 6,3%. Y por último, el 17,9% consume cena y el 82,1% no consume.

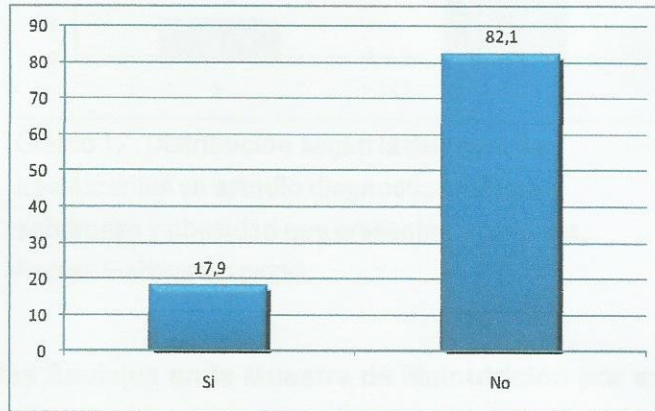


Gráfico 11 : Distribución según el consumo de cena. Fuente: Elaboración propia.

4.7 Antecedentes Personales en la Muestra con Malnutrición por Exceso.

La malnutrición por exceso que se diagnosticó con el análisis de IMC/Edad indica que el 62,8% de los varones evaluados y el 37,2% de las damas, presentan un estado nutricional de sobrepeso u obesidad.

4.8 Antecedentes de Salud en la Muestra con Malnutrición por Exceso

Mientras que de la cantidad de diagnosticados con malnutrición por exceso, el 11,6% de ellos ha padecido depresión y el restante 88,4% no ha sido diagnosticado de esta patología.

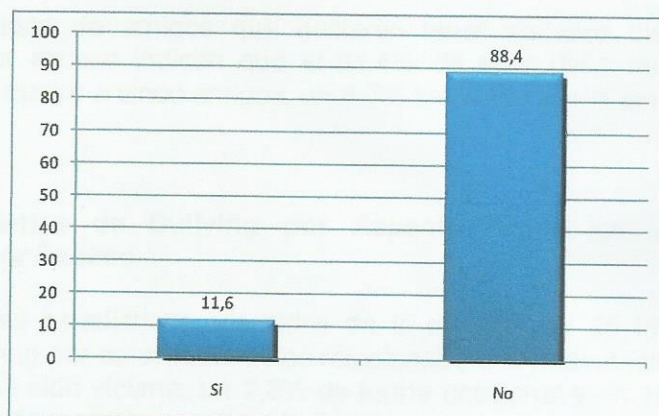


Gráfico 12 : Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad que presentan depresión.

Fuente: Elaboración propia.

4.9 Antecedentes Sociales en la Muestra de Malnutrición por exceso

Las dificultades en la sociabilización se ven incrementadas cuando el estado nutricional esta por sobre los niveles de normalidad, esto queda demostrado según las estadísticas obtenidas de la muestra analizada ya que el 46,5% de los diagnosticados por malnutrición por exceso se considera muy sociable, pero el 30,2% de ellos se considera medianamente sociable y el 9,3 solo se considera poco sociable y el 14% se considera muy poco sociable.

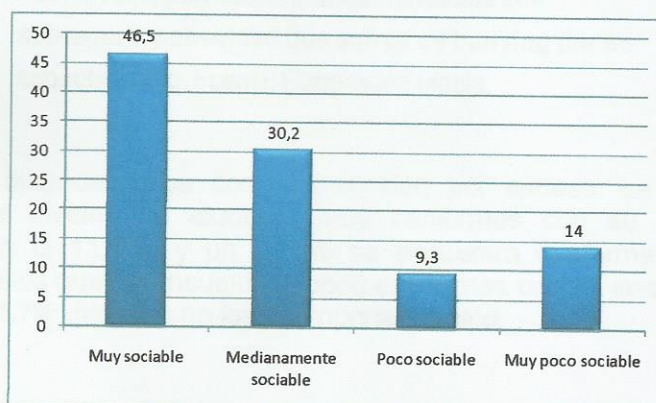


Gráfico 13: Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad que presentan dificultades de sociabilización. Fuente: Elaboración propia.

La cantidad de amigos que declaran tener aquellos diagnosticados por malnutrición por exceso indican que el 81,4% de ellos tiene muchos amigos, el 11,6% tiene de cuatro a cinco amigos, un 4,7% tiene dos o tres amigos y el 2,3% no tiene amigos.

4.10 Antecedentes de Bullying por Aspecto Físico en la Muestra con Malnutrición por Exceso

Según las estadísticas obtenidas de la muestra, el 65,1% nunca ha sido víctima de bullying por su aspecto físico relacionado a la malnutrición por exceso, el 14% rara vez ha sido víctima, un 2,3% de forma ocasional y un 18,6% declara ser siempre víctima de maltrato escolar o bullying.

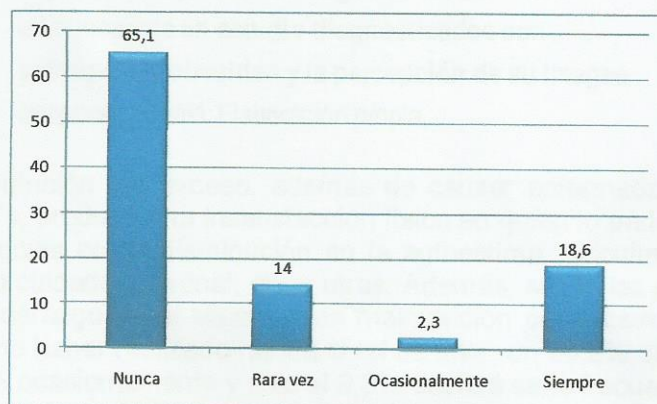


Gráfico 14 : Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad que sufren de bullying por su aspecto físico. Fuente: Elaboración propia.

De los diagnosticados con malnutrición por exceso, se ven claramente disminuidos los niveles de alumnos muy conformes con su imagen corporal alcanzando solo el 11,6%, y un 32,6% se encuentra conforme, aumentado los niveles de aquellos que se encuentran poco conformes con su imagen corporal con un 51,2% y un 4,7% dice que no les es importante esto.

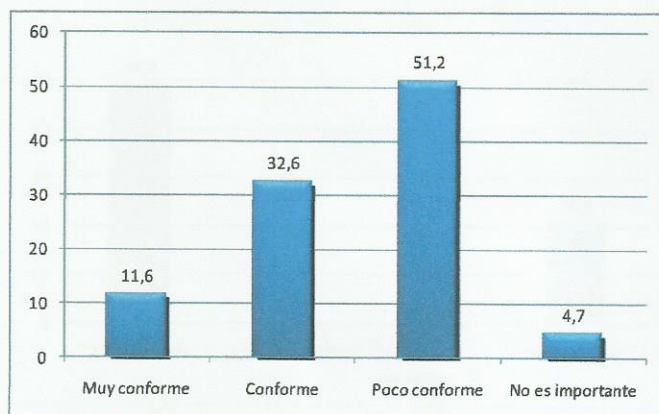


Gráfico 15 : Distribución según la cantidad de adolescentes en estudio diagnosticados con sobrepeso y obesidad y la percepción de su imagen corporal. Fuente: Elaboración propia.

La malnutrición por exceso, además de causar enfermedades físicas tales como las ECNTs, produce una insatisfacción física en quien lo padece y esto puede traer consecuencias como disminución en la autoestima, dificultades en la propia seguridad, poco cuidado personal, entre otras. Además, según las estadísticas de la capacidad de liderazgo en la situación de malnutrición por exceso, indican que un 46,5% declara no haber realizado nunca el rol de líder, un 30,2% declara casi nunca ser líder, el 14% ocasionalmente y solo el 9,3% declara serlo frecuentemente.

4.11 Antecedentes de Tendencia alimentaria en la Muestra con Malnutrición por Exceso.

De los adolescentes con malnutrición por exceso, el 48,8% consume una porción de verduras al día, el 14% indicó consumir 2 porciones de verduras al día, un 16,3% consume más de 2 porciones al día y el 20,9% de declaró no consumir verduras.

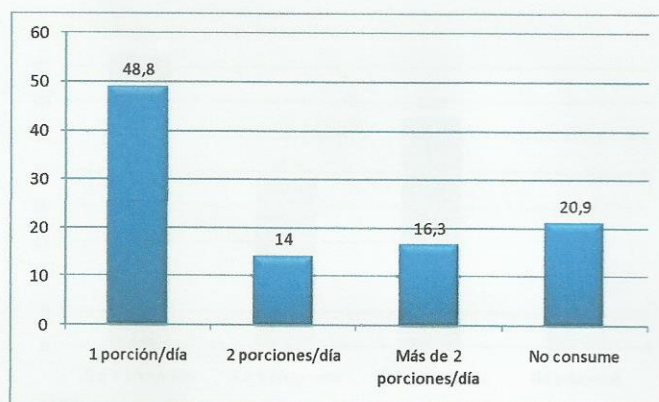


Gráfico 16 : Distribución según el consumo de verduras al día en porciones en los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad. Fuente: Elaboración propia.

En la encuesta de tendencia alimentaria, se les consultó a los alumnos sobre el consumo de frituras o alimentos fritos, y el 46,5% declaró consumir 1 o 2 veces a mes, el 27,9% menos de 4 veces a la semana, el 20,9% declaró consumirlas todos los días y un 4,7% no consume.

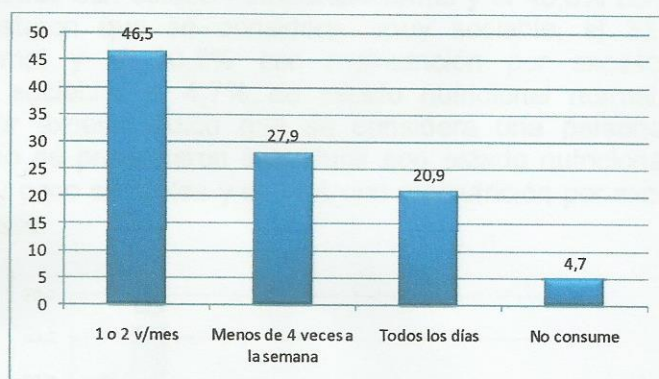


Gráfico 17 : Distribución según el consumo de frituras en los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad. Fuente: Elaboración propia.

De los adolescentes pesquisados con malnutrición por exceso, declararon el 41,9% consumir alimentos azucarados 2 a 3 veces a la semana, el 23,3% declaró consumirlos 4 a 5 veces a la semana, el 32,6% consume toda la semana y solo el 2,3% no consume.

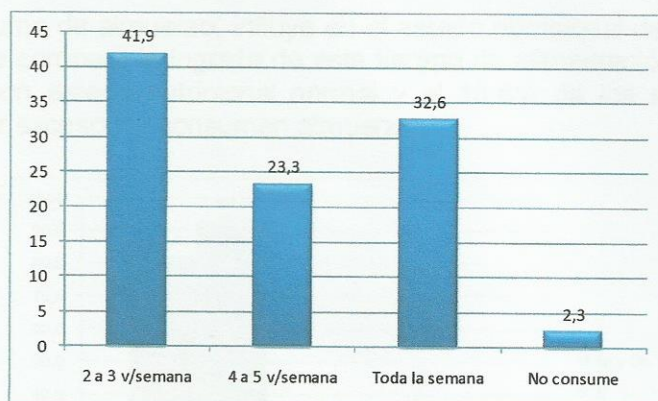


Gráfico 18: Distribución según el consumo de alimentos azucarados en los adolescentes diagnosticados con sobrepeso y obesidad. Fuente: Elaboración propia.

4.12 Antecedentes de Tendencia Alimentaria según el Estado Nutricional

De los adolescentes evaluados y diagnosticados, se observó que el 62,8% de los adolescentes con estado nutricional normal y el 46,5% con malnutrición por exceso manifestaron que se consideran muy sociable, el 32,6% con estado nutricional normal y el 30,2% con malnutrición por exceso se consideran medianamente sociable, el 4,7% de estado nutricional normal y el 9,3% con malnutrición por exceso indicó que se considera una persona poco sociable, mientras que no se presentaron individuos con estado nutricional normal que se consideren muy poco sociables y el 14% con malnutrición por exceso se consideró muy poco sociable.

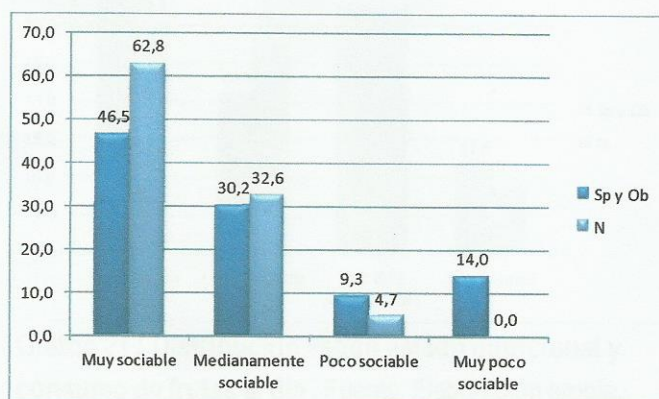


Gráfico 19: Distribución según estado nutricional y sociabilización. Fuente: Elaboración propia.

El consumo de almuerzo, influye en el estado nutricional de un individuo, es por esto que se comparó la ingesta de este tiempo de alimentación, y el 7% de los adolescentes con estado nutricional normal y el 18,6% de los adolescentes con malnutrición por exceso No consumen almuerzo.

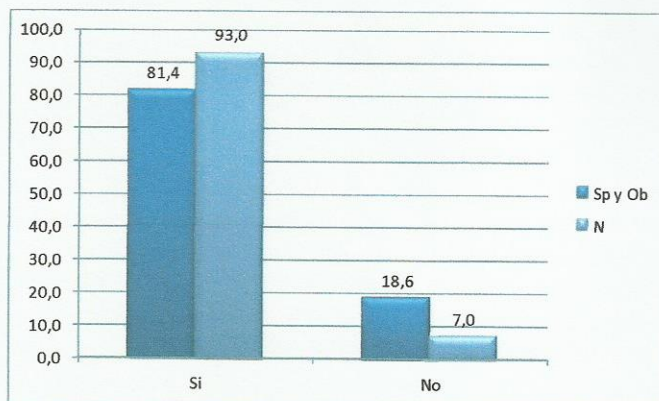


Gráfico 20: Distribución según estado nutricional y consumo de almuerzo . Fuente: Elaboración propia.

Las recomendaciones de alimentación para el adolescente indican que se deben consumir 3 frutas al día. Cabe destacar que el 34,9% de los evaluados con malnutrición por exceso y el 30,2% con estado nutricional normal consumen solo 1 porción de fruta al día, y solo el 20,9% con estado nutricional por exceso y el 27,9% de normalidad, consumen 2 frutas diarias. Los porcentajes se encuentran en igualdad para el consumo de más de 2 unidades diarias en ambos grupos de estado nutricional con un 32,6%.

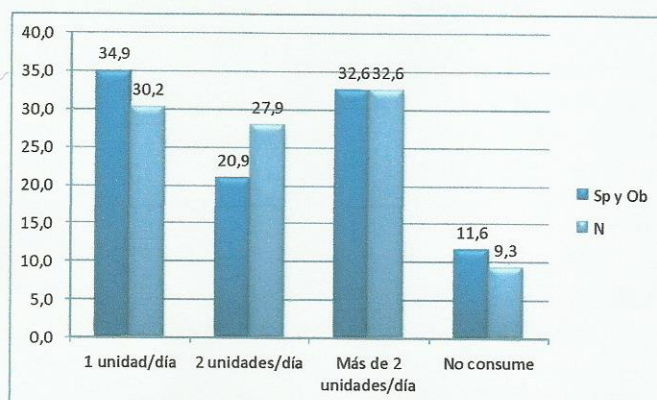


Gráfico 21 : Distribución según estado nutricional y consumo de frutas al día . Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO 5: DISCUSIÓN

La OMS considera a la obesidad infantil como una patología crónica que puede ocasionar complicaciones a lo largo del tiempo, tales como trastornos metabólicos, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, cardiopatías, entre otros tipos de enfermedades crónicas no transmisibles. Los cambios en las condiciones de vida y alimentación, contribuyen al padecimiento de estas. Para auxiliar en su manejo, es necesario prevenir y promocionar una vida y alimentación saludable.

Dentro de las razones motivantes para la realización de este estudio fue la alta prevalencia de malnutrición por exceso en nuestro país. Para esto se estableció **evaluar el estado nutricional y alimentario de los adolescentes del Liceo Politécnico El Señor de Renca, y su relación con la coexistencia de depresión diagnosticada medicamente, y dificultades en las relaciones interpersonales individuales** como objetivo general, de manera de evaluar y pesquisar a temprana edad la malnutrición por exceso y la presencia de factores que influyen y/o surgen como consecuencia de esta situación. La literatura indica que la obesidad ha aumentado su prevalencia presentándose cada vez a más temprana edad, es por esto que se debe poner mayor énfasis en el tratamiento y en las políticas de educación y prevención enfocadas de forma integral en los factores causantes y complicaciones, y con la finalidad de mejorar la salud y calidad de vida de la población, además de disminuir los costos que esto implica, tanto a nivel país como familiar.

En el estudio que se realizó a los adolescentes de primer año medio pertenecientes al Liceo Politécnico El Señor de Renca, se debe tomar en cuenta que las respuestas que ellos indicaron, pudieron verse influenciadas, ya que el colegio se encuentra en un proceso de implementación de vida sana y alimentación saludable, realizándoles más horas pedagógicas de actividad física, en conjunto con educaciones de alimentación saludable y guías alimentarias, además se ve complementado con la ejecución de kioskos saludables. Es por esto, que los porcentajes de respuestas de los alumnos pueden haber sido influenciados por la información entregada en el establecimiento con anterioridad.

Las edades de los adolescentes de la muestra evaluados fluctúan entre los 13 y 16 años de edad, y el tamaño de la muestra fue de 95 alumnos equivalente al 70,3% de la población establecida para esta investigación, se pesquisó que el 21,1% presenta riesgo de obesidad y el 24,2% presenta obesidad. Así mismo los hombres evaluados presentan un mayor porcentaje de malnutrición por exceso siendo estos el 62,8% y las mujeres con el 37,2%. Según las cifras que entrega la JUNAEB en diciembre de 2008, un 21,1% de los escolares chilenos presenta obesidad. Podemos inferir en el constante aumento de la obesidad, ya que el porcentaje obtenido en la encuesta aplicada sobrepasó el promedio de obesidad entregado por la JUNAEB, y además se debe considerar las cifras de riesgo de obesidad.

La obesidad se puede presentar desde temprana edad y está asociada a factores tanto físicos como psicológicos, es por esto que se evaluó la presencia de depresión diagnosticada medicamente en el grupo de adolescentes con esta nutricional normal, arrojando que el 9,3% ha sido diagnosticado de esta enfermedad. Al enfocar la misma interrogante solo a aquellos que se encuentran en un estado nutricional por exceso, los resultados indican que el 16,3% padece o ha padecido esta enfermedad. Según la última encuesta realizada por el Minsal en julio de 2012, titulada "Situación de Salud del Adolescente en Chile" el 19,1% de los adolescentes declara padecer o haber padecido algún problema de tipo psicológico. Respecto a esto podemos destacar que un alto porcentaje del grupo de malnutrición por exceso presenta depresión.

La malnutrición por exceso, además de causar enfermedades y muchas veces impedimentos físicos, conlleva a dificultades sociales, provocando que los individuos se aíslen, sean víctimas de bullying y maltratos psicológicos; factores que interfieren en las relaciones interpersonales y en la autoestima. Es por esto que se les consultó en el cuestionario aplicado sobre la autopercepción de sociabilización, y los resultados arrojaron que el 4,7% de los individuos con estado nutricional eutrófico se considera poco sociable y ningún individuo se considera muy poco sociable; de aquellos pesquisados con malnutrición por exceso el 9,3% se considera poco sociable y el 14% se considera muy poco sociable.

El bullying es una situación de maltrato escolar, donde el sujeto es víctima de constantes agresiones verbales y/o físicas, provenientes de sus pares; la obesidad es una de las causas que conlleva a ser victimario de esta situación. Cabe destacar que se les consultó a los adolescentes de la muestra por el maltrato escolar, y el 7% que se encuentra en estado nutricional normal refirió ser ocasionalmente víctima de bullying y el 2,3% refirió que lo es siempre. Mientras que de los adolescentes con malnutrición por exceso, el 2,3% lo es de manera ocasional y el 18,6% siempre es víctima de maltrato escolar. Según la encuesta "Situación de Salud del Adolescente en Chile" el 14,5% refiere violencia escolar (JUNAEB, 2008). Las cifras obtenidas en la encuesta realizada son preocupantes, ya que es un alto porcentaje de adolescentes con malnutrición por exceso y que declaran ser siempre víctimas de maltrato escolar por su aspecto físico, estas cifras sobrepasan el rango promedio que entrega la JUNAEB.

La adolescencia es una etapa en la cual se presentan diversos cambios físicos, en donde la imagen corporal toma importancia para desarrollar relaciones interpersonales con los pares, esto además puede influir en la aceptación social del individuo y en la autoaceptación, es por esto que se les consultó sobre la conformidad por su aspecto físico, y solo el 32,6% de los adolescentes con obesidad y sobrepeso se encuentran conformes con su aspecto físico y 51,2% se encuentra poco conforme, mientras que el 41,9% en estado nutricional normal se encuentra conforme y el 34,9% se encuentra poco conforme.

Según el programa de salud "5 al día" se recomienda consumir 5 porciones de frutas y verduras al día, al igual que las recomendaciones de las guías alimentarias para el adolescente. En los cuestionarios aplicados a la muestra de este estudio, respecto a la ingesta de frutas y verduras en porciones diarias, los

análisis de los resultados de los pesquisados con malnutrición por exceso, un 14% consume dos porciones de verduras al día y el 48,8% solo consume una porción diaria, mientras que de aquellos con estado nutricional normal el 25,6% consume 2 porciones al día, y el 39,5% consume solo una porción. El bajo consumo de verduras en la población con sobrepeso y obesidad, podría influir directamente en el estado nutricional, ya que probablemente la porción de verdura faltante, es reemplazada por algún tipo de alimento con un alto aporte calórico.

De la muestra con sobrepeso y obesidad el 20,9% indicó consumir alimentos fritos todos los días, mientras que de los alumnos con estado nutricional normal, el 9,3% indicó consumirlos diariamente. El consumo diario de alimentos altos en grasas saturados resulta perjudicial para la salud y es un factor predisponente para el desarrollo de malnutrición por exceso y enfermedades crónicas no transmisibles, además de contribuir a malos hábitos alimentarios.

Respecto al consumo de lácteos, no se realizaron comparaciones entre los grupos de estado nutricional normal y malnutrición por exceso, debido a que en el estado nutricional también puede afectar el consumo de lácteos y su porcentaje de grasa, ya sean enteros, semidescremado o descremado. Esto no se indagó ni diferenció en el cuestionario aplicado.

Acerca del desayuno, el 81,1% de la muestra (95 adolescentes) indicó consumir desayuno y el 18,9% restante no consume. Estas cifras pueden verse influenciadas ya que de lunes a viernes, el colegio le entrega el desayuno al 61% de sus alumnos. Este dato fue entregado por la secretaria del establecimiento.

CAPITULO 6: CONCLUSIONES

En relación al presente estudio de tipo descriptivo, se evaluó el estado nutricional y tendencia alimentaria en adolescentes con edades entre 13 a 16 años, siendo el promedio los 14 años. Esta investigación fue realizada a través de la medición de peso, talla, IMC/Edad y aplicación de cuestionarios. Se analizó la muestra en un sentido general y fragmentándola en dos grupos según estado nutricional, para así realizar las comparaciones. Las evaluaciones y procesos realizados, nos permitieron constatar la existencia de un alto porcentaje de malnutrición por exceso en los adolescentes de la muestra. Siendo los individuos de género masculino, aquellos con mayor porcentaje de obesidad y sobrepeso.

En cuanto a la depresión, hemos concluido que se presenta con mayor frecuencia en la población con malnutrición por exceso, de la misma forma, se pesquisaron mayores porcentajes de dificultades de sociabilización en esta muestra, en comparación a la muestra con estado nutricional normal. Al continuar el análisis de los aspectos psicosociales, los resultados indicaron que la población con exceso tiene una mayor predisposición a ser víctima de maltrato escolar por su aspecto físico, lo que se reflejó en el estudio realizado. En cuanto a las relaciones familiares de la muestra, no se vieron variaciones importantes en los porcentajes de cada opción del cuestionario aplicado, indicando la mayoría tener buenas relaciones y estar conformes con la situación familiar de cada individuo. Mientras que un alto porcentaje de la muestra indicó que se encuentra poco conforme con su aspecto físico.

Respecto a las preferencias alimentarias de la población con malnutrición por exceso, se observó un bajo consumo de verduras, concentrándose el mayor porcentaje de respuestas en la opción del cuestionario "una porción diaria", y referente al consumo de alimentos fritos, un alto porcentaje declaró consumirlos diariamente. Además, un alto porcentaje de la muestra con malnutrición por exceso, indicó consumir de forma diaria alimentos azucarados tales como golosinas, gaseosas, jugos, productos de repostería altos en hidratos de carbono simples.

Conjuntamente se evaluaron los tiempos de comida, y se concluyó que un porcentaje significativo de la muestra no cumple con todos los tiempos de comida recomendados, y principalmente la ingesta de cena no se realiza en un 82,1% de los evaluados.

Los malos y deficientes hábitos alimentarios, pueden llevar a una situación de sobrepeso u obesidad y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. El estado nutricional y hábitos alimentarios, cumplen un rol importante en la adolescencia, ya que pueden influir de manera significativa en el desarrollo de la personalidad y sociabilización del individuo, además esta es una etapa de constates cambios físicos, psicológicos y también de cambios en la alimentación, los cuales pueden ser positivos o negativos. En este estudio se evaluó la coexistencia de factores tales como depresión diagnosticada medicamente, dificultades en las relaciones interpersonales, maltrato escolar, imagen corporal, tendencia alimentaria. Para finalizar el estudio, hemos concluido que estas variables si coexisten en

presencia de malnutrición por exceso, aunque también se encuentran presentes en la muestra con estado nutricional normal pero en un menor porcentaje. Es por esto que podemos afirmar que el estado nutricional, esta relacionado directamente con todas las variables establecidas en este estudio, los hábitos y tendencia alimentaria.

ANEXOS

ANEXO N°1

QUESTIONARIO ASPECTOS SOCIALES

N° _____

Como un grupo de investigadores de la Universidad de Chile estamos realizando una encuesta con el objetivo de conocer las actitudes de los estudiantes de algunas disciplinas profesionales de los antecedentes de su familia.

El presente cuestionario es personal. Esperamos que sea un medio sencillo para la mayor transparencia y realismo a las diversas preguntas. Sin embargo, sus datos serán tratados con la más estricta confidencialidad, exclusivamente en el diagnóstico y diagnóstico.

Instrucciones:

Marque con una X la respuesta que más se ajuste a su situación personal. Si necesita guiar el cuestionario, a la izquierda encontrará el significado de las respuestas.

ANEXOS

I. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: _____

Sexo: M F O

Edad: _____

II. ANTECEDENTES DE PADRE

1. ¿Su padre ha sido discriminado alguna vez?

SI NO

2. ¿Su madre ha sido discriminada alguna vez?

SI NO

III. ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque con una X la alternativa que más se ajuste a su situación personal, según sus antecedentes.

3. ¿Ha sido discriminado alguna vez por su condición de discapacidad alguna?

Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

ANEXO N°1

CUESTIONARIO ASPECTOS SICOSOCIALES

N° _____

Somos un grupo de Estudiantes de Nutrición y estamos realizando una encuesta con el objetivo de conocer los hábitos alimentarios y algunos aspectos sicosociales de los adolescentes de este colegio.

El presente cuestionario es personal. Agradecemos que usted responda con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas del cuestionario. Sus datos serán tratados con la más estricta confidencialidad. Agradecemos su cooperación y disponibilidad.

Instrucciones:

Marque con una X la alternativa que más se adecue a su situación.

Si necesita ayuda consulte a la persona encargada de realizar la encuesta.

I. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: _____

Sexo M F

Edad: _____

II. ANTECEDENTES DE SALUD

1. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado depresión?

Si No

2. ¿Ud. consume medicamentos antidepresivos?

Si No

III. ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque con una X la alternativa que más se adecue a su situación actual, según corresponda:

1. Haciendo un balance general, evalúe la calidad de la relación con su familia:

1. Cercana y afectuosa		3. Estable	
2. Buena comunicación		4. Conflictiva	

2. Desde su perspectiva, su sistema de relaciones familiares actual le resulta:

1. Satisfactorio		3. Insatisfactorio	
2. Relativamente satisfactorio		4. Muy insatisfactorio	

IV. ANTECEDENTES SOCIALES

1. En el ámbito de relaciones sociales, Ud. se considera una persona:

1. Muy sociable		3. Poco sociable	
2. Medianamente sociable		4. Muy poco sociable	

2. En cuanto a cantidad de amigos, Ud. tiene:

1. Muchos		3. Dos o tres	
2. Cuatro o cinco		4. Uno o ninguno	

3. ¿Cuánto tiempo comparte Ud. con sus amigos?

1. Todos los días		3. Solo los fines de semana	
2. Solo en el colegio (L a V)		4. No comparte	

4. En el colegio, ¿Ha asumido Ud. alguna vez el papel de líder o ha dirigido grupos?

1. Frecuentemente		3. Casi nunca	
2. Ocasionalmente		4. Nunca	

5. Actualmente, ¿Ud. ha sufrido de bullying por parte de sus compañeros?, en relación a su aspecto físico

1. Nunca		3. Ocasionalmente	
2. Rara vez		4. Siempre	

V. PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL

1. ¿Qué opinión tiene de Ud. de su aspecto físico?

1. Muy conforme		3. Poco conforme	
2. Conforme		4. No es importante	

2. ¿Le importa la opinión de los demás en cuanto a su aspecto físico?

Si

No

Muchas Gracias

1. ¿Cuántas porciones de lácteos consume Ud. al día? Encírclele por porción una taza de leche, un yogur, una lata de queso, o una rebanada de 2 onzas de queso.

1. Una	2. Más de una
2. Dos a tres	3. No consume

2. ¿Cuántas veces a la semana usted consume pollo, pavo o carne de res?

1. Una o dos veces	2. Más de dos veces
3. Dos a tres veces	4. No consume

3. ¿Cuántas veces a la semana Ud. consume pescado o mariscos?

1. Una o dos veces	2. Más de dos veces
3. Dos a tres veces	4. No consume

4. ¿Cuántas porciones de verduras comensales al día, incluyendo por porción el tamaño de un plato de papá?

1. Una porción	2. Más de dos porciones
3. Dos porciones	4. No consume

5. ¿Cuántas frutas consume Ud. al día?

1. Una fruta	2. Más de dos frutas
3. Dos frutas	4. No consume

6. ¿Cuántas veces a la semana usted consume legumbres? Encírclele por porción una porción tamaño de un plato.

1. Una vez	2. Más de dos veces
3. Dos veces	4. No consume

ANEXO N°2

CUESTIONARIO TENDENCIA ALIMENTARIA

N° _____

Marque con una X la alternativa que más se adecue a su situación actual, según corresponda:

1. ¿Cuántas porciones de lácteos consume Ud. al día? Entiéndase por porción una taza de leche, un yogurt, una lamina de queso, o una rodela de 3 cm de quesillo.

1. Una		3. Más de tres	
2. Dos a tres		4. No consume	

2. ¿Cuántas veces a la semana usted consume pollo, pavo o carnes sin grasa?

1. Una o dos veces		3. Más de tres veces	
2. Dos a tres veces		4. No consume	

3. ¿Cuántas veces a la semana Ud. consume pescado o mariscos?

1. Una o dos veces		3. Más de tres veces	
2. Dos a tres veces		4. No consume	

4. ¿Cuántas porciones de verduras consume en el día, entendiéndose por porción el tamaño de un plato de pan?

1. Una porción		3. Mas de dos porciones	
2. Dos porciones		4. No consume	

5. ¿Cuántas frutas consume Ud. al día?

1. Una fruta		3. Mas de dos frutas	
2. Dos frutas		4. No consume	

6. ¿Cuántas veces a la semana usted consume legumbres? Entiéndase por legumbres porotos, lentejas, garbanzos.

1. Una vez		3. Mas de tres veces	
2. Dos veces		4. No consume	

7. ¿Con que frecuencia usted consume frituras?

1. Una o dos veces al mes		3. Todos los días	
2. Cuatro o menos a la semana		4. No consume	

8. ¿Cuántas veces a la semana usted consume cereales (pastas, arroz, papas cocidas)?

1. Una a tres veces		3. Más de cinco veces	
2. cuatro a cinco veces		4. No consume	

9. ¿Cuánto pan consume Ud. al día?

1. Medio o un pan		3. Más de dos	
2. Dos panes		4. No consume	

10 ¿Cuántas porciones de azúcar consume usted. al día, siendo una cucharadita de té una porción?

1. Una a tres		3. Mas de seis	
2. Cuatro a seis		4. No consume	

11 ¿Cuántas veces a la semana usted consume alimentos azucarados, como golosinas, pasteles, galletas, bebidas o jugos azucarados?

1. Dos a tres veces		3. Toda la semana	
2. Cuatro a cinco veces		4. No consume	

12 ¿Cuántas comidas consume usted. al día? Marque todas las alternativas que correspondan.

1. Desayuno	
2. Colacion (recreo mañana)	
3. Almuerzo	
4. Colacion (recreo tarde)	
5. Once	
6. Cena	

Muchas Gracias

Matriz de datos	e1	e2	e3	e4	e5	e6	e7	e8	e9	e10	e11	e12	e13	e14
Nombre	L.A	B.A	S.A	C.A	C.A	H.B	A.C	H.C	A.C	Y.I	F.L	C.M	G.M	K.M
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Edad	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	13	15	14
Evaluación Nutricional	Normal	Normal	Normal	Normal	Obesidad	Normal	Normal	Obesidad	Normal	Obesidad	Obesidad	Riesgo Ob	Normal	Normal
Depresión	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Antidepresivos	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Relación familiar	3	3	2	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	3
Sistema Familiar	2	2	1	2	2	2	1	1	4	1	1	2	1	2
Sociabilización	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Cantidad de amigos	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	2	1
Tiempo con sus amigos	2	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	2
Liderazgo	3	3	4	3	4	2	3	2	4	3	3	4	2	2
Bullying	1	3	1	1	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1
Imagen corporal	2	4	2	2	2	3	4	2	2	3	2	2	2	3
Opinión de los demás	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si
Lácteos	3	1	2	2	2	2	3	2	2	3	1	3	2	1
Carnes	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	3	1	1	1
Pescado o mariscos	4	1	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4
Verduras	1	4	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1
Fruitas	3	4	1	2	2	2	3	2	2	2	1	3	3	2
Legumbres	3	1	1	2	2	1	1	4	2	2	4	1	2	1
Frituras	2	2	2	1	3	2	1	2	2	3	1	1	1	2
Cereales	1	2	2	1	1	3	3	2	2	2	1	2	2	1
Pan/día	3	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	3
Azúcar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
Alimentos	3	3	1	1	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2
Tiempos de comida	1,2,3,4,5	2,3,5	1,2,3,4,5	2,3,5	1,3,5	1,2,3,4,5	1,2,3,4,5	2,3,4,5	1,2,3,4,5	3,5	1,2,3,4,5	1,2,3,4,5	1,2,3,5	1,2,3,4,5,6

e15	e16	e17	e18	e19	e20	e21	e22	e23	e24	e25	e26	e27	e28	e29	e30
J.M	F.O	S.O	M.P	A.P	C.P	J.Q	C.R	N.S	V.S	A.T	C.T	B.V	K.V	C.C	J.R
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
14	14	15	14	14	14	15	15	15	14	14	14	14	14	16	14
Riesgo Ob	Riesgo Ob	Normal	Normal	Normal	Riesgo Ob	Normal	Normal	Normal	Riesgo Ob	Normal	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Normal	Obesidad	Riesgo Ob
No	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No
No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
1	1	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3
1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1
2	2	2	1	1	4	1	1	1	4	2	1	1	2	2	2
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	4	2
2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
4	4	4	3	3	1	1	1	3	4	1	1	2	1	1	1
4	3	4	1	2	4	2	4	2	4	3	4	4	4	3	3
3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	1	1	1	1	2	1
No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	No
2	2	1	1	3	2	2	4	4	2	2	2	4	4	1	2
1	2	1	4	3	3	1	3	4	1	1	1	1	1	2	4
4	4	4	1	1	4	1	4	1	1	2	1	4	1	1	4
4	1	1	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	3	3	1
3	1	1	3	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	2	2	4	1	4	1	1	1	1	1	4
4	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	3	2	1	3	2
1	1	4	1	2	3	2	3	1	1	3	1	1	3	1	3
1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	2	2	4
4	4	4	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2
4	3	4	1	3	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2
3,5	1,2,3,5	2,3	2,3,5	1,2,3,4,5	1,2,3,4,5	1,3,5	1,2,3,4,5	1,3,5	1,2,4,5	1,2,3,4,5,6	2,3,4,5	2,4	2,3,4,5,	2,5	2,3,5

e31	e32	e33	e34	e35	e36	e37	e38	e39	e40	e41	e42	e43	e44	e45	e46
GA	JA	NC	SC	JC	MD	LF	DG	JH	WJ	KL	CM	JN	SN	FO	FO
M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	M	M	F	M	M
13	15	14	15	14	14	14	14	14	14	14	14	15	14	15	14
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Riesgo Ob	Obesidad	Obesidad	Riesgo Ob	Normal	Normal	Normal	Normal	Obesidad	Obesidad	Normal
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
1	1	2	2	2	2	2	1	2	3	1	3	3	3	3	2
1	1	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	2	1	2
3	2	2	1	2	4	1	2	1	2	2	1	1	4	2	1
2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	1
2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	3	2	3	1	1	1
2	2	4	1	3	4	4	4	3	4	3	4	4	1	2	4
1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1
4	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	1	3	4	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si
1	1	2	2	4	2	3	2	2	2	2	1	4	1	1	2
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	1	4	4	1	1
1	1	1	1	4	1	3	4	2	1	3	1	4	4	4	1
2	1	3	1	1	1	4	4	4	3	1	1	4	3	1	2
2	3	1	1	4	1	3	2	1	3	2	2	3	3	1	3
1	1	3	1	1	2	4	2	4	3	1	2	4	4	1	2
1	3	2	2	2	3	4	2	1	2	1	2	3	2	2	1
1	2	3	2	1	1	3	1	3	2	1	2	3	1	1	3
1	3	3	3	1	2	1	1	3	3	1	3	3	1	3	2
1	2	1	1	1	1	1	3	3	2	1	1	2	1	1	1
4	2	3	2	1	1	3	2	3	3	2	1	2	1	4	1
1,3,5	1,2,3,4,5	1,2,3,5	1,3,4,5	1,5	1,2,3,4,5,6	1,2,3,5	1,2,3,4,5,6	1,2,5	1,3,5	1,2,3,4,5	1,3,5	3,5	2,4,5	1,2,3,5	1,3,5,6

e47	e48	e49	e50	e51	e52	e53	e54	e55	e56	e57	e58	e59	e60	e61	e62
DP	CR	BR	JS	SS	CS	RS	ET	JV	NV	MB	JM	CT	JA	FA	SA
M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
14	14	15	14	15	14	14	14	14	15	15	16	15	14 años	14 años	14 años
Obesidad	Normal	Obesidad	Normal	Obesidad	Normal	Normal	Obesidad	Obesidad	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
si	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no	no	no	No	Si
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	No	No
3	2	1	2	4	1	2	1	3	1	1	2	1	1	4	3
1	1	1	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1	2
1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
4	4	3	3	3	2	4	1	4	4	4	3	1	3	1	4
1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1
2	2	3	3	4	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	3
no	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no	no	no	No	Si
2	2	2	3	4	2	2	1	2	1	2	1	1	2	4	1
1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	3	1
1	4	1	1	4	2	1	4	2	4	1	1	4	1	4	4
4	1	2	2	1	2	1	1	4	2	1	1	4	2	1	1
2	1	2	4	1	1	3	4	1	3	3	1	1	2	1	1
1	2	3	2	2	2	2	2	4	1	2	2	1	2	4	1
1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1
1	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1	2	3	1	2	1
1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	3	3	3	1
1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	4
1	3	1	1	3	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	1
1,2,3,5	1,2,3,4,5	1,3,5	1,2,4,5	1,3	1,2,3,5	1,2,3,5	1,2,3,4,5,6	1,3,5	1,2,5	1,3,5,6	1,5	1,3,5	1,3,5,6	1,2,3,5	1,3,5

e63	e64	e65	e66	e67	e68	e69	e70	e71	e72	e73	e74	e75	e76	e77	e78
RA	CA	EA	CB	MC	RC	DD	HD	BD	NF	JG	JG	LG	CH	AM	EM
M	F	F	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	M	M	F
14 años	14 años	15 años	14 años	15 años	14 años	13 años	15 años	15 años	14 años	14 años	14 años	16 años	16 años	15 años	15 años
Normal	Normal	Normal	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Obesidad	Normal	Normal	Obesidad	Normal	Normal	Riesgo Ob	Normal	Obesidad	Normal	Riesgo Ob
No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
2	3	3	1	2	3	3	2	2	1	1	1	3	2	3	2
1	1	3	2	1	2	1	1	2	2	1	1	3	2	1	1
1	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1
2	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	4	2	1	1
2	1	4	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1
4	4	4	3	4	2	4	3	2	3	1	4	4	3	4	2
2	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2
3	3	3	1	3	3	3	4	3	2	1	2	3	3	2	2
No	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Si
3	3	2	2	1	2	1	3	2	2	1	3	1	1	2	2
1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	4	1	3	4	1	3
3	3	4	4	1	1	4	3	3	1	4	1	1	4	1	1
3	3	4	1	4	2	4	3	3	2	3	4	1	1	1	2
4	1	2	4	1	1	2	4	2	1	2	3	3	1	1	3
1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2
3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	1	2
2	2	1	2	2	1	1	3	3	2	3	1	1	2	2	1
2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	4	1	1	1	1
1	2	1	2	1	3	2	4	2	2	1	3	3	2	1	1
1,3,5	1,3,5	1,2,3,5	1,2,3,5	2,4,5	1,3,5	1,3,5	1,3,5	1,2,5	1,2,3,5,6	1,2,3,4,5,6	2,3,4,5,6	1,2,3,4,6	3,5	1,2,3,5,6	1,3,5

e79	e80	e81	e82	e83	e84	e85	e86	e87	e88	e89	e90	e91	e93	e94	e95
JO	BR	CR	RR	NR	SR	IR	MS	AS	AT	SU	YV	GV	CV	CY	CR
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
15 años	14 años	13 años	14 años	14 años	14 años	14 años	15 años	15 años	14 años	14 años	14 años	14 años	14 años	15 años	14 años
Normal	Normal	Riesgo Ob	Normal	Obesidad	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Riesgo Ob	Normal	Obesidad	Obesidad	Obesidad	Normal
Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No
No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	3	1	2	1	3	1
2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4
1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1
1	1	1	1	1	2	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1
2	3	4	3	4	4	3	4	1	4	3	3	4	3	3	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1
3	2	1	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	1	2
No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No
2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	3	3	2	3
3	1	1	2	2	4	1	1	3	2	2	3	3	3	1	1
4	1	1	1	4	1	4	4	4	1	1	1	3	1	4	2
2	2	2	2	3	2	1	1	1	4	2	4	2	3	3	3
3	1	3	1	3	3	1	3	4	2	3	2	2	3	1	2
3	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1	3	4	4	4	1
1	2	1	2	1	2	1	1	3	2	1	2	3	2	1	1
1	2	3	2	3	1	2	2	1	2	1	3	1	2	1	1
3	3	1	3	3	1	2	3	2	2	1	2	2	1	3	1
4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	1	3	1	1
1,3,5	1,2,3,5	1,3,5,6	1,2,3,5	1,5	1,3,5	1,2,3,5	1,3,5	1,3,5	1,3,5	1,2,3,5,6	1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,6	1,3,4,5	1,2,3,4,5	1,2,3,4,5

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- **Aranceta B, J. y Col.** (2003). Prevalencia de la obesidad en España. (J. A. Bartrina, Ed.) *Fundación Dialnet*, 120 (16), 608 - 612.
- **Biblioteca Nacional de Chile BCN.** (02 de agosto de 2012). *La discusión del Reglamento de la "Ley Super 8"*.
- **Elmundo.es.** (14 de agosto de 2008). *Elmundo.es*. Recuperado el 24 de abril de 2013, de www.elmundo.es/elmundosalud/2008/08/14/nutricion/1218736250.html
- **Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición .** (12 de noviembre de 2012). *Animalpolítico*. Recuperado el 24 de abril de 2013, de <http://www.animalpolitico.com/2012/11/con-48-millones-de-mexicanos-obesos-mexico-alcanza-el-tope-epidemiologico/#axzz2RO6JhYJZ>
- **Espinoza O, Luis y col.** (2011), *Hábitos de Alimentación y Actividad física en Estudiantes Universitarios*, **Revista Chilena Nutrición Vol. 38, N°4.**
- **Hernández S., R.** (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México D.F, México: Mc Graw Hill.
- **Inta.** (2005). *Guías de Alimentación Saludable y Necesidades del Adulto.*
- **Instituto Nacional del Deporte.** (17 de diciembre de 2012). *La hora* . Recuperado el 24 de abril de 2013, de <http://www.lahora.cl/2012/12/17/01/noticias/pais/9-22094-9-disminuye-el-sedentarismo-en-chile.shtml>
- **Gobierno de Chile.** (2011). *Metas Elige Vivir Sano*. Santiago.
- **Guzman, R.** (2010). *Factores Sicosociales Asociados al Paciente con Obesidad* . Ciudad de México .
- **JUNAEB.** (30 de Diciembre de 2008). *Biblioteca del Congreso Nacional* . (R. Herranz R., Ed.) Recuperado el 10 de Junio de 2013, de http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/obesidad-infantil-en-chile
- **Ministerio de Salud.** (2012). *Situación de Salud del Adolescente en Chile.*
- **Ministerio de Salud.** (s.f.). *redsalud.gov*. Recuperado el 16 de Abril de 2013, de http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental3.html
- **Minsal.** *Alimentación Saludable*. Pag 28.

- **Organizacion Mundial de la Salud.** (s.f.). *Who.int*. Recuperado el 24 de abril de 2013, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/index.html>
- **Rivera S, M.** (08 de Febrero de 2012). Secretaria General, Universidad de Granada. (U. d. Granada, Ed.) Recuperado el 17 de Abril de 2013, de http://secretariageneral.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-canal-ugr/un-estudio-relaciona-por-primera-vez-la-depresion-y-la-obesidad-desde-un-punto-de-vista-genetico-2#.UW62zKJ0nJd
- **Socarrás, Maria Matilde y Col. (2010)** *Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares*, Revista Cubana de Investigaciones Biomédica vol. 29, Cuba.
- **Sociedad Chilena de Obesidad.** (s.f.). Recuperado el 28 de 11 de 2012, de SOCHOB: http://www.sochob.cl/pdf/Estadisticas_AVM.pdf
- **Sociedad Chilena de Obesidad.** (s.f.). Recuperado el 17 de Abril de 2013, de SOCHOB: <http://www.sochob.cl/web/?p=1576>
- **Programa Elige Vivir Sano.** (08 de febrero de 2012). *Elige vivir sano*. Recuperado el 24 de Abril de 2013, de <http://www.eligevivirsano.cl/2012/02/08/actividad-fisica-riesgos-del-sedentarismo/>
- **Zacarías H., Isabel y Col. (1), T. P. (2006).** Programa" 5 al día" para promover el consumo de verduras y frutas en Chile. *Revista Chilena de Nutrición* , 33.