



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“CARACTERIZACIÓN DE LA ESFERA PSICOSOCIAL DE LOS ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016”

AUTOR:

MD. MARÍA EUGENIA REYES AJILA

DIRECTOR:

LCDA. PHD. ZEIDA ELVIRA CASTILLO DÍAZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Md. María Eugenia Reyes Ajila*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Lcda. Phd. Zeida Elvira Castillo Díaz

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Msc. Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, María Eugenia Reyes Ajila

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Caracterización de la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

María Eugenia Reyes Ajila



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, María Eugenia Reyes Ajila

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Caracterización de la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

María Eugenia Reyes Ajila

1 Agradecimiento

Primeramente a Dios que es el ser supremo a quien le debemos la vida, a mis hijos: Sara, Moises e Ismael que durante estos tres años han sabido tener la paciencia para esperar por su madre, a mi esposo Ivan que ha sido mi compañero, amigo y mi gran apoyo, el mentor de ésta aventura y por supuesto mis padres y hermana su presencia y apoyo han sido fundamentales para alcanzar esta meta.

Agradezco también al Gobierno de la Revolución Ciudadana que hizo posible el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en Guayaquil, con colaboración de la brigada cubana.

2 Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres: Manuel y Guillermina quienes me han apoyado incondicionalmente y asumieron su rol de padres y abuelos de mis hijos durante estos tres años.

A mi esposo Ivan, quien me impulsó y motivó constantemente durante este tiempo que ha sido el posgrado.

A las razones de mi vida, mis hijos, Sara Valentina, Moises e Ismael, han sido los más sacrificados al tener una madre de fin de semana, les agradezco por su paciencia y amor incondicional.

Mi hermana Martha que asumió el cuidado de mis tres tesoros, sin su ayuda no creo hubiese logrado culminar esta etapa en mi vida profesional.

Y a todos mis compañeros y tutores del posgrado, que han sido una segunda familia, especialmente mi amiga Mabel, Angela, Freddy, Juan, Dennis y el grupo tres del posgrado.

3 Resumen

Antecedentes: La malnutrición por exceso es un problema de salud mundial, en Ecuador alcanza 26% en la población infantil, problema que conlleva repercusiones en la salud mental de los adolescentes que influye negativamente en su desarrollo psicosocial. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velázquez, de la parroquia Pascuales, durante 2015, con una muestra de 104 adolescentes con malnutrición por exceso, entre 10 y 15 años. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE) y el Cuestionario del Autoconcepto AF5. Se procesó la información para obtener los resultados en número y porcentajes. El proceso se lo realizó previo consentimiento informado de los participantes. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por mujeres 61(58,7%), hombres 43(41,3%), se identificó en los adolescentes ansiedad estado nivel moderado en 55,8% con predominio sexo masculino 69,7% vs 46% en el sexo femenino; ansiedad rasgo moderada y severa 65,4% y 26,9% respectivamente. El 9,6% de los adolescente presentó depresión moderada y severa; la esfera social 54% refirió facilidad para hacer amigos y 8,7 % le resultó difícil; el sexo femenino presentó mejor habilidades sociales 34,6% vs 17,3% del masculino. La valoración de su imagen física 57,7% se gusta físicamente, y 40,4% se considera bueno en el deporte; el 93,3% presentó autoconcepto nivel alto. **Conclusiones:** Los adolescentes estudiados, presentan trastornos emocionales de tipo ansioso tanto como rasgo como de estado, con buenas habilidades sociales y un autoconcepto alto.

Palabras Clave: ADOLESCENTES, ASPECTOS PSICOSOCIALES, OBESIDAD PEDIÁTRICA, AUTOCONCEPTO.

4 Abstract

Background: Overweight malnutrition is a global health problem, in Ecuador it reaches 26% in the child population, a problem that has repercussions on the mental health of adolescents that has a negative impact on their psychosocial development. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in the Pascuales parish of the Alfredo Portalupi Velázquez Educational Unit during 2015, with a sample of 104 adolescents with excess malnutrition between 10 and 15 years. The instruments used were the Beck Depression Inventory (BDI), the State-Trait Anxiety Inventory (IDARE) and the AF5 Self-Concept Questionnaire. The information was processed to obtain the results in number and percentages. The process was carried out with the informed consent of the participants. **Results:** The sample consisted of women 61 (58.7%), men 43 (41.3%), was identified in the adolescents anxiety level moderate level in 55.8% with male predominance 69.7% vs 46% In the female sex; Anxiety moderate and severe trait 65.4% and 26.9% respectively. 9.6% of adolescents presented moderate and severe depression; The social sphere 54% referred easy friendliness and 8.7% found it difficult; The female sex presented better social skills 34.6% vs 17.3% of the male. The valuation of his physical image 57.7% is liked physically, and 40.4% is considered good in sports; 93.3% presented high self-concept. **Conclusions:** The adolescents studied present anxious emotional disorders as well as trait and state, with good social skills and a high self-concept.

Keywords: ADOLESCENT, PSYCHOSOCIAL ASPECTS, PEDIATRIC OBESITY, SELF CONCEPT.

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO	I
2 DEDICATORIA	II
3 RESUMEN	III
4 ABSTRACT	IV
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS	V
6 ÍNDICE DE TABLAS	VI
7 ÍNDICE DE ANEXOS	VII
8 INTRODUCCIÓN	1
9 EL PROBLEMA	4
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
9.2 FORMULACIÓN	4
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	5
10.1 GENERAL	5
10.2 ESPECÍFICOS	5
11 MARCO TEÓRICO	6
11.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN DE LA MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN ADOLESCENTES	6
11.2 BASES CONCEPTUALES	8
11.2.1 Malnutrición por exceso en adolescentes	8
11.2.2 Adolescencia	19
11.3 BASES LEGALES	31
12 MÉTODOS	33
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	33
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	33
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información	33
12.2.3 12.2.3. Técnicas de recolección de información	35
12.2.4 12.2.4. Técnicas de análisis estadístico	36
12.3 VARIABLES	36
12.3.1 Operacionalización de variables	36
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	38
14 DISCUSIÓN	44
15 CONCLUSIONES	49
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	50
17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
18 ANEXOS	58

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN CON EXCESO SEGÚN SEXO Y NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.....	38
TABLA 2: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN CON EXCESO SEGÚN SEXO Y NIVEL DE ANSIEDAD RASGO. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.....	39
TABLA 3: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN CON EXCESO SEGÚN SEXO Y NIVEL DE DEPRESIÓN. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.....	39
TABLA 4: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN HABILIDADES POSITIVAS PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y ESCALA DE FRECUENCIA. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.	40
TABLA 5: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN SEXO Y HABILIDADES POSITIVAS PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.....	40
TABLA 6: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN CUALIDADES POSITIVAS PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y ESCALA DE FRECUENCIA. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.	41
TABLA 7: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN SEXO Y CUALIDADES POSITIVAS PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016.....	41
TABLA 8: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN ESCALA DE VALORACIÓN Y AUTOCONCEPTO FÍSICO POSITIVO. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016	42
TABLA 9: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN SEXO Y AUTOCONCEPTO FÍSICO POSITIVO. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016	43
TABLA 10: ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN NIVEL DE AUTOCONCEPTO Y SEXO. UNIDAD EDUCATIVA ALFREDO PORTALUPI VELÁSQUEZ. ENERO 2016	43

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: INFORMACIÓN GENERAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO 2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO.....	59
ANEXO 3: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE Y ESTUDIANTE.	60
ANEXO 4: INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO RASGO (IDARE)	61
ANEXO 5: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO (IDARE).....	62
ANEXO 6: CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	63
ANEXO 7: CUESTIONARIO DEL TEST AF 5.....	65

8 INTRODUCCIÓN

La malnutrición por exceso se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que resulta perjudicial para la salud. (1) Problema de salud que se ha intensificado a nivel mundial llegando a considerarse como la Pandemia del siglo XXI. Estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostienen que la prevalencia mundial de obesidad se ha duplicado desde 1980 al 2014 y que unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos al 2014. (1)

Actualmente la malnutrición por exceso ha dejado de ser exclusiva de países industrializados o desarrollados como Estados Unidos donde un tercio de la población tiene sobrepeso y obesidad,(2) paradójicamente países con economías débiles, inequidades sociales y mala distribución de la riqueza que luchan contra la desnutrición, hoy también se enfrentan a la lucha contra la obesidad, se estima que 4 millones de niños y niñas en América Latina tienen sobrepeso u obesidad.(3)

En Ecuador las cifras de adolescentes con malnutrición por exceso se ha incrementado según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT) en el año 2013(4), problema de salud relacionado a dos factores de riesgo identificados como son los factores genéticos y los ambientales, estos últimos se constituyen en la causa fundamental de la obesidad. (5)

Durante mucho tiempo se ha aceptado que el problema de la obesidad obedece fundamentales a los pobres hábitos dietéticos y la disminución de la actividad física, situaciones que se han generalizado a toda la población (1), en la actualidad se asume que la obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial que involucra en su etiología diversos elementos que se combinan e interactúan en proporciones individuales de una persona a otra. (6)

Desde el punto de vista multicausal de la obesidad, se ha propuesto el modelo ecológico o de las “6C” sobre los contribuyentes de la malnutrición por exceso en el cual se integran diversas esferas del individuo que relacionadas entre sí conducen a la obesidad desde la infancia, este modelo incluye la célula, el niño, la familia, la comunidad, el país y la cultura, a su vez en cada uno de estos sistemas se ha identificado factores de riesgo que se combinan e interactúan, cuya expresión determina la presencia de obesidad. (6)

Por tanto este problema de salud toma mucha importancia, por las repercusiones en la salud del individuo, según la OMS conlleva a otras enfermedades como: el apnea del sueño, asma, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, osteoartritis, problemas de colón, hígado, vesícula, del aparato genitourinario y además puede causar daño psicológico. (1,5,6) Por tanto es importante que tomando como punto de partida el concepto de salud dado por la OMS que incluye el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (7), se priorice también las repercusiones psicosociales y la salud

mental.

Siendo el bienestar mental un aspecto importante en la salud del individuo definido por la OMS como un estado de goce en el cual el individuo es consciente de sus capacidades, capaz de afrontar tensiones, capaz de trabajar de forma productiva y contribuir con su comunidad (7), no se puede minimizar los problemas de salud mental en los adolescentes cuya prevalencia a nivel mundial se ha incrementado, la ansiedad y depresión constituyen la primera causa de enfermedad y discapacidad y la depresión se considera un factor de riesgo para el suicidio que constituye la tercera causa de muerte después de los accidentes de tránsito y el VIH/Sida. (8)

Sumado a lo anterior está la etapa de la adolescencia, es parte del ciclo vital del crecimiento, de gran trascendencia en el desarrollo del individuo, en la que la formación del autoconcepto está muy relacionado con la imagen física, y los cánones imperantes en la sociedad, de tal manera que si desde su autovaloración no se concibe dentro de lo esperado para la sociedad y sus pares, puede causar serios problemas en su autoestima y autoconcepto, además asociarse a problemas como ansiedad, depresión y aislamiento social, que puede a su vez conducir a problemas de la conducta alimentaria.

Es claro que en la actualidad los adolescentes con malnutrición por exceso se enfrentan a sociedades que condenan la obesidad, los discriminan y estigmatizan, esto afecta la autoestima, afecta las relaciones interpersonales, tienen dificultad para conseguir pareja, para las actividades físicas lo que ocasiona la burla de sus amigos, experimentan sentimientos de desvalorización(9), la afrenta contra la malnutrición por exceso condiciona la victimización, más aún si además presentan baja autoestima los hace blanco fácil de burlas por parte de sus pares.(10)

Las observaciones empíricas de la autora en la práctica de la medicina han demostrado que las acciones para reducir la prevalencia de obesidad se han enfocado en dos aspectos, uno de ellos es modificar los hábitos dietéticos a favor de una dieta hipocalórica y el fomento de la actividad física por otro lado, alcanzando el objetivo en ocasiones pero sin poder mantenerlo. No se ha considerado de forma consistente, intervenir en los factores psicosociales como parte del plan terapéutico, lo que conlleva por lo general a presentar mayor dificultad para mantener la adherencia a los nuevos estilos de vida que se aspira alcanzar y estos esfuerzos fracasan en las metas propuestas incrementando la desmotivación.

Ante esta problemática la investigación se planteó mejorar los conocimientos sobre los problemas psicológicos y sociales que enfrentan los adolescentes con malnutrición por exceso, lo cual puede contribuir a cambiar el enfoque biológico que concibe a la obesidad como una enfermedad física y verla desde un punto de vista biopsicosocial, y permita adoptar nuevas estrategias en el tratamiento que contribuyan no solo a alcanzar el peso ideal sino que logren mantenerlo.

Por lo anteriormente señalado es fundamental el rol del médico de familia, con el enfoque biopsicosocial y familiar propuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que plantea brindar a los adolescente una atención integral, como grupo prioritario para el Sistema de Salud, que garantice su crecimiento y desarrollo, identificando no solo afecciones biológicas, sino también de la salud mental, garantizar la inclusión social y la prevención de violencia en cualquiera de sus formas. (11)

Los resultados del estudio integral de la obesidad en el adolescente permiten desde la atención primaria brindar asistencia médica completa a nivel individual, familiar y comunitario, planificando acciones de promoción, prevención, tratamiento y de rehabilitación de calidad y oportuna con accionar interdisciplinario que sea sostenible en el tiempo, con el objetivo de tener adolescentes más saludables y capaces de ser útiles a la sociedad. Por tanto es esencial conocer cómo se comporta éste fenómeno, para lo cual se planteó caracterizar la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso de la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez de la parroquia Pascuales.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal. Se trabajó con una muestra de adolescentes con malnutrición por exceso de la Unidad educativa Alfredo Portalupi Velásquez, de la Parroquia Pascuales, en enero 2016. Para la recolección de la información se emplearon pruebas de evaluación psicométrica, como fueron el cuestionario de Autoconcepto AF5, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI o IDARE), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), los cuestionarios permitieron evaluar la esfera social que comprende las habilidades sociales y las cualidades para las relaciones interpersonales; en la esfera emocional se incluyó la ansiedad y depresión; y la autovalorativa la autoimagen y el autoconcepto. Las pruebas fueron autoadministradas y se aplicaron en el establecimiento educativo. Previo inicio a la recolección de la información se obtuvo el consentimiento de la Directora de la institución, de los padres y alumnos participantes, cumpliendo con los principios éticos. Para el análisis estadístico descriptivo se emplearon medidas de resumen cuantitativas como número y porcentajes. La información se procesó a través de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0).

La investigación transcurre por el planteamiento del problema, en el cual se hace referencia a la situación problemática encontrada y se establecen las preguntas de investigación. En un segundo momento se presenta el marco teórico con los antecedentes de la investigación, las bases conceptuales y legales de la investigación, continúa con la presentación de los resultados a través de tablas, la discusión, las conclusiones y la valoración crítica de la investigación.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La malnutrición por exceso constituye a nivel mundial un problema de salud pública con serias repercusiones en la salud, en la unidad de estudio “Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velázquez” se identificó 25% de sobrepeso y obesidad que corresponde a las estadísticas nacionales (4), paralelamente están los problemas de salud mental que afectan a personas cada vez más jóvenes, influenciados por determinantes sociales y económicos que predisponen a los adolescentes a problemas de salud más serios como la depresión y el suicidio. (8)

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual la apariencia física tiene un rol preponderante en la comunicación con los coetáneos y el ser aceptado por sus pares constituye una prioridad; el rechazo y burla por la apariencia física, pueden afectar la autovaloración del individuo, su red social, la esfera emocional y el desempeño escolar, por lo que pueden considerarse factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad del adolescente al consumo de drogas y otras conductas de riesgo.

El estudio es relevante ya que existe un vacío en el conocimiento científico relacionado con las características psicosociales de los adolescentes con malnutrición por exceso en la Unidad educativa, conocer cómo asumen los adolescentes con malnutrición por exceso este problema de salud, y la identificación de psicopatologías permitirá a la atención primaria implementar estrategias que brinden asistencia integral a este grupo prioritario para el sistema de salud. (11)

9.2 Formulación

¿Qué características psicosociales asumen los adolescentes con malnutrición por exceso de la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez de la parroquia Pascuales?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Caracterizar la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso de la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez de la parroquia Pascuales, en el periodo de enero 2016

10.2 Específicos

Identificar las posibles alteraciones en la esfera emocional de los adolescentes con malnutrición por exceso.

- Caracterizar la esfera social de los adolescentes con malnutrición por exceso.

Identificar las alteraciones en la autovaloración del adolescente con malnutrición por exceso.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Antecedentes de la investigación de la malnutrición por exceso en adolescentes

La temática de la malnutrición ha ido cobrando gran actualidad, así la Organización Mundial de la Salud advierte que en el 2014 más de 1900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos, el 39% tenían sobrepeso, y 13% eran obesas. La importancia del tema se debe a que la mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que la insuficiencia ponderal. Hasta el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. (1)

Consecuentemente a este problema de salud las enfermedades no transmisibles (ENT) se han posicionado como la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones de muertes de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más de 16 millones fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad la mayoría se produjeron en países de ingresos bajos y medios. (12)

De acuerdo a las estadísticas sanitarias mundiales del 2014 se estima que en 2012 había 44 millones de niños menores de 5 años (el 6,7% del total mundial) con sobrepeso u obesidad. Según esta cifra, la prevalencia mundial del sobrepeso y la obesidad en la niñez ha aumentado desde un 5% aproximadamente en 1990 hasta un 7% en 2012. (13)

En España Sánchez, 2012 determinó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de 8 a 17 años era del 26% y 12,6% respectivamente, mientras que en el grupo de 14 a 17 años el exceso de peso se ubicó con un 25,5%, situación que se observa según el autor en la clase social con menor ingreso económico y menor nivel educativo. (14)

La situación de los niños y adolescentes de América Latina no es diferente, las investigaciones indican que el sobrepeso y la obesidad afectan del 20% al 25% de las personas menores de 19 años y a un tercio de los niños y adolescentes de entre 6 y 19 años en los Estados Unidos(15). ENSANUT 2013 en Ecuador reporta que los adolescentes (12 a 19 años), presenta exceso de peso en un 26% es decir tres de cada 10 niños en edad escolar y dos de cada 10 adolescentes tienen sobrepeso u obesidad.(4)

Es evidente que la malnutrición por exceso constituye un problema de salud, que ha llegado a considerarse como una Epidemia para el siglo XXI, que ha dejado de ser exclusiva de países industrializados, en la actualidad países en desarrollo enfrentan problemas de malnutrición tanto por déficit como por exceso. (3) Este cambio en el patrón epidemiológico ha demostrado tener serias repercusiones en la salud de los niños y adolescentes a corto, mediano y largo plazo (5), las investigaciones se han orientado a describir las consecuencias a nivel individual y en la esfera biológica, sin embargo se conoce

que las repercusiones a nivel social y emocional afecta el normal desarrollo de los adolescentes y ha motivado a los investigadores a estudiar estas esferas.

Gall et al.(16), realizaron un estudio “Obesity and emotional well-being in adolescents: Roles of body dissatisfaction, loss of control eating, and self-rated health”, en la capital de Australia en adolescentes de 12 a 18 años de edad de secundaria en escuelas públicas, privadas y católicas con el objetivo de identificar si existe relación entre la obesidad y el deterioro del bienestar emocional, el estudio examinó la importancia relativa de la insatisfacción corporal, la pérdida de control de alimentación y la autopercepción de la salud como componentes del bienestar emocional.

Los principales resultados de ésta investigación demostraron que las niñas con sobrepeso presentaron mayor nivel de angustia psicológica, menor satisfacción corporal y autopercepción de la salud que las niñas normopeso, igual situación fue definida para los chicos con obesidad, quienes se determinó que tienen niveles más altos de insatisfacción corporal que sus pares normopesos por lo que se logró determinar asociación entre la obesidad y el deterioro en el bienestar emocional. Los investigadores aducen que los efectos mediadores de la insatisfacción corporal fueron más fuertes que los de la autopercepción de salud.

En adición a los anteriores antecedentes Morrison (17), en 2015 realizó el estudio “Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity” en Canadá con el objetivo de explorar los determinantes individuales, biológicos y de la familia de los síntomas depresivos y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los jóvenes con obesidad de entre 8 y 17 años que estaban incluido en un programa para reducir el peso.

El autor encontró que la depresión era común en esta población donde el estatus socioeconómico y familiar era un predictor importante de la depresión, pero no de la CVRS.

El estudio de Morrison se realizó en una población de adolescentes incluidos en un programa para reducir la obesidad, es decir adolescentes con ánimos de encontrar tratamiento a su problema de salud por lo que los resultados obtenidos no podrían generalizarse a otras poblaciones de obesos, sin embargo los resultados son valiosos ya que aportan al conocimiento de las manifestaciones emocionales asociadas al exceso de peso.

El estudio concluyó que la depresión y la baja CVRS son comunes en los jóvenes que presentan sobrepeso, por lo que buscan incluirse en programas para reducirlo. Los niveles de de obesidad de acuerdo al índice de masa corporal predijo los síntomas depresivos y baja la CVRS. Los síntomas predictores de la depresión en la población de obesos difieren de los normopesos según este estudio.

Los resultados del estudio se consideran importantes dado que permiten

seguir una línea de investigación de las repercusiones psicosociales de la malnutrición por exceso, que abarque otras esferas aún no estudiadas como son las relaciones interpersonales, la valoración social tan importantes en éste grupo de edad, que debe ser identificadas y estudiadas para brindar atención integral a los adolescentes.

11.2 Bases conceptuales

11.2.1 Malnutrición por exceso en adolescentes

11.2.1.1. Definición de malnutrición por exceso

El término malnutrición por exceso se ha empleado para referirse a los estados de sobrepeso y obesidad en cualquiera de sus grados. En la literatura suelen emplearse ambos términos como sinónimos, sin embargo el término obesidad es mucho más aceptado y se lo emplea cuando se requiere hacer referencia a éste problema de salud.

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (1)

Es un síndrome caracterizado por la acumulación excesiva de grasa o masa de tejido adiposo con repercusiones en la salud,(18) de acuerdo a éste autor la obesidad no es un hecho aislado, sino que incluye varios elementos en su génesis que comprometen el estado de bienestar del individuo.

El manual de Protocolo de atención a los adolescentes se define la obesidad como el aumento de peso corporal en relación a la talla a expensas del incremento de la grasa corporal, que responde a una ingesta calórica aumentada y disminución del gasto energético. (19)

Importante concepto en el que se incluye dos aspectos fundamentales como son los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, pilares a los que apunta el tratamiento, sin embargo es importante recalcar que en el mismo manual se considera a la obesidad como un problema de salud multifactorial, con repercusiones en la salud.

Otra definición revisada en la bibliografía clásica de pediatría define que el sobrepeso se debe a un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto de energía en donde existe una compleja interacción entre las predisposiciones genéticas del individuo, el hábito corporal, el apetito, la ingesta nutricional y el ejercicio. (20)

Desde el punto de vista social la obesidad se considera hoy en día como una situación corporal que transita entre los límites de lo médico-nutricional, lo psicológico y lo socio-cultural, siendo el componente social, los estilos de vida y los hábitos alimentarios los elementos más determinantes de este problema de salud según Medina. (21)

En la actualidad según criterio de la investigadora se experimentan las

consecuencias de los cambios que se han dado en las últimas décadas en lo económico y laboral, cambios sociales o demográficos que han provocado modificaciones en la dieta y en los estilos de vida y han afectado profundamente la forma de vivir y de alimentarse.

Medina también señala los siguientes elementos como origen de la nueva cultura obesogénica: urbanización, los trabajos sedentarios, viviendas con espacios reducidos, menor tiempo para dedicar en las tareas domésticas y, por lo tanto, a la cocina, dietas hipercalóricas e hiperlipídicas ingeridas diariamente, mayor número de comidas fuera de casa; menor conocimiento y control sobre las diferentes etapas que un alimento recorre en la cadena alimentaria. (21)

Retomando los elementos de carácter social, la obesidad se considera consecuencia de la influencia de la sociedad y la cultura que se ha ido modificando paulatinamente, hacia un estilo consumista que lleva al exceso de peso contra el concepto de delgadez que impera en occidente como estatus de salud y belleza, los adolescentes se enfrentan a estas dos situaciones sin recursos suficientes manifestando al final trastornos alimentarios como anorexia o bulimia o psicopatología.

Alzeta 2013 en su estudio sobre los estilos de vida identifica dos fundamentalmente: la alimentación y la actividad física; e incluye conductas familiares que favorecen el aumento de peso, como la ingesta calórica, con la obsesión que los niños gorditos son saludables, estimulan las buenas conductas con gratificaciones de golosinas o bebidas azucaradas. (22)

Se conoce que la obesidad consiste en el acumulo de tejido graso en el organismo como resultado de un balance energético positivo. De acuerdo al índice de masa corporal (IMC) es obeso si sobrepasa en dos o más desviaciones estándar (DE) y sobrepeso cuando no sobrepasa +2DE del valor estimado en individuos de la misma población, edad y sexo. (23)

11.2.1.2. Epidemiología de la obesidad

La obesidad es conocida como un problema global de salud pública a nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con mayor morbilidad y mortalidad que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia donde existe pobreza y escases de alimentos extrema según la OMS. (1)

En la misma nota la OMS refiere que en el 2014, según las estimaciones unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos y que actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos y en África, el número de niños con obesidad prácticamente se ha duplicado a 10,6 millones. (1)

En España la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantojuvenil es muy

cercana al 40%, corresponde 12,6% para la obesidad y 26,0% al sobrepeso, con ligero predominio en hombres, en clase social baja y a menor nivel de instrucción, cifras que minimamente se han modificado en los últimos 12 años.(23)

En Estados Unidos se considera que la prevalencia de obesidad se ha incrementado un 300% en casi 40 años, el National Health and Nutrition Examination Survey IV, identificó los niños menores de 2 años tenían sobrepeso u obesidad, y el 16% de niños y adolescentes de 6 a 19 años tenía algún grado de obesidad. Así mismo los adolescentes de México tienen tasa más altas de obesidad que otros grupos. (20)

Casi la cuarta parte de latinoamericanos es decir unos 130 millones de personas son obesos o presentan algún grado de sobrepeso, los países con las prevalencias más altas de malnutrición son algunos con las mayores economías regionales como México en primer lugar, Estados Unidos, Chile y Argentina muestran los porcentajes más altos de adultos con sobrepeso. (24)

La situación de Ecuador es similar a la encontrada a nivel mundial, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013, dice que 3 de cada 10 niñas y niños en edad escolar y 2 de cada 10 adolescentes registraron sobrepeso u obesidad. Considerándose un problema de salud pública, debido a que a mediano y largo plazo, ya serán portadores de diabetes, enfermedad hipertensiva o cerebrovascular, que constituyen las principales causas de muerte en Ecuador en 2011, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). (4)

La obesidad infantil está relacionada con diversos factores como: la obesidad de los padres, nivel educativo de los padres, situación económica, bajo peso al nacer, mayor peso al nacer, diabetes gestacional y otros factores sociales y culturales abordados anteriormente.(20,23)

11.2.1.3. Evaluación nutricional del adolescente

El crecimiento y el desarrollo del niño y el adolescente son los pilares estratégicos en la atención de su salud. El monitoreo del crecimiento se destaca como una de las actividades básicas a realizarse en la atención primaria, la evaluación nutricional a través de la antropometría constituye una cotidianeidad que en ocasiones puede conducir a la automatización olvidando realizar un análisis adecuado de los datos, lo que puede afectar el diagnóstico e intervenciones a los individuos y poblaciones de forma oportuna.(25)

La relación peso/estatura sigue siendo el método de elección para evaluar a lactantes desde el nacimiento hasta los 24 meses, mientras que la OMS y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan que la curva de IMC/edad sea usada entre los 2 y 20 años en vez de la de peso/estatura, ya que constituye un instrumento para evaluar el sobrepeso, el riesgo de sobrepeso y el peso insuficiente. (19)

Para los profesionales de la salud es el IMC el indicador más valioso para realizar la determinación directa de la grasa corporal, la fórmula es la siguiente: $IMC = \text{Peso corporal (en Kg)} / \text{talla}^2 \text{ (en metros)}$. En los menores de 18 años a diferencia de los adultos, en quienes la obesidad se define a partir de un IMC superior a 30, no pueden darse cifras fijas y hay que recurrir a gráficas para cada edad y sexo. (1,19-20)

La OMS proporciona una clasificación del estado nutricional que ha sido adaptada en los protocolos de atención integral a los adolescentes del MSP del Ecuador que se clasificación del estado nutricional según el IMC; Delgadez severa < -3 DE; delgadez de -2 DE a -3 DE; normal o eutrofia de -2 DE a +1 DE; sobrepeso de +1 DE a +2 DE y obeso > +2 DE. (1,19)

La determinación del estado nutricional en la adolescencia se realiza a través de la utilización de curvas de crecimiento donde se valora para el Índice de Masa Corporal en relación la edad y sexo, así como también el peso/edad, talla/edad que están disponibles en las historia clínicas de los adolescentes.(19)

La evaluación antropométrica debe estar acompañada de una historia clínica pediátrica que considere las causas médicas de obesidad, explore de manera detallada los patrones familiares de alimentación y actividad física, antecedentes familiares, búsqueda de enfermedades coexistentes, una correcta exploración física y uso adecuado de complementarios. (15-16)

11.2.1.4. Causas de obesidad

La OMS reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad infantil se debe a cambios sociales, se le asocia fundamentalmente a la dieta malsana y a la escasa actividad física, pero no está relacionada únicamente con el comportamiento del niño, sino también con el desarrollo social y económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación, procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos. (1)

La obesidad tiene una etiología multifactorial en donde hay interacción de factores celulares, hormonales, nutricionales, y genéticos con la participación de influencias socioculturales y ambientales. (20, 23, 26-27)

Se considera que el componente biológico contribuyen entre un 30-70% en la determinación de la obesidad y las influencias ambientales modulan su manifestación y el grado de obesidad. Los principales determinantes ambientales son la mayor ingesta de alimentos ricos en grasas, pobres en agua y fibra y el incremento del tamaño de las raciones y una disminución del consumo de energía favorecida por la inactividad física y el ocio. (19)

Las causas de la obesidad se las clasificaran en: biológicas o individuales (genéticas, endócrinas u hormonales y la microbiota intestinal); y las ambientales (tipo de alimentación y actividad física). (5)

Los factores de riesgo asociados son: exposición fetal, peso al nacimiento, alimentación el primer años de vida, precocidad del rebote adiposo, adolescencia y maduración sexual precoz, nivel socioeconómico y la distribución geográfica. (23)

Causas genéticas

Estudios actuales sugieren que el desarrollo de la obesidad podría tener su inicio el período fetal. En ésta etapa de la vida del ser humano se daría un proceso de programación, en el cual se accionarían diversos procesos nutricionales, hormonales, físicos y psicológicos, los cuales van a intervenir en períodos críticos de la vida determinando importantes funciones fisiológicas. (29)

A través de estudios se ha podido determinar el riesgo de padecer obesidad mórbida ($IMC > 45$), se multiplica por 7 cuando uno de los progenitores la padece, a nivel de familias se ha comprobado que los índices de heredabilidad para el total de grasa corporal va desde el 20 al 80%(29) para el patrón de distribución grasa corporal cintura/cadera) la heredabilidad varía del 28 al 61%, y desde un 29–82% para la circunferencia abdominal. (28)

El estudio genómico ha permitido identificar 130 genes relacionados con la obesidad entre ellos están: FTO, BDNE, SH₂B₁, NEGR₁, todos ellos relacionados con aspectos neuronales lo que apoya a decir que la obesidad es un problema hipotalámico. (18)

Los genes identificados actúan algunos en la codificación de péptidos transmisores de las señales de hambre y saciedad, otros en los procesos de crecimiento y diferenciación de los adipocitos y hay genes que intervienen en la regulación del gasto energético, se conoce también que la obesidad es un estado de inflamación crónico en que la expresión de genes relacionados con el metabolismo de la insulina y la inflamación del tejido adiposo son procesos básicos que explican la etiología de la obesidad. (28)

El primero en descubrirse fue el gen FTO, relacionado con patrones de alimentación, es decir se cree que tiene mayor expresión en las áreas hipotalámicas que conducen a un mayor aporte energético, con un efecto pequeño, pero acumulativo, sobre el IMC, y es el que más se considera tiene implicaciones en el desarrollo de obesidad a edades tempranas. (20, 23, 28)

Causas hormonales

Las hormonas gastrointestinales como la colecistocinina, el péptido relacionado con el glucagón-1, el péptido YY y la retroalimentación nerviosa vagal promueven la saciedad, mientras que la grelina estimula el apetito. (20)

La leptina es una hormona directamente implicada en la saciedad, niveles bajos de leptina estimulan la ingestión de alimentos, niveles altos inhiben el apetito, aunque no bien definido aún se cree que la adiposidad está en relación

con los niveles plasmáticos de leptina. (20)

Estudios experimentales han puesto de manifiesto que la supresión del receptor de leptina en neuronas POMC/CART genera una obesidad de menor magnitud, ello es una muestra de la importancia de la leptina y su receptor más allá de su acción a través del núcleo arcuato. (30)

Asimismo, se ha descrito que la expresión de la melanocortinas y la hormona estimuladora de alfa-melanocortina en el núcleo del tracto solitario actuarían sobre el efecto de saciedad inducido por factores generados en el intestino. (20,30)

Microbiota intestinal

Se considera que desequilibrios en la composición de la microbiota intestinal se han asociado con el desarrollo de resistencia insulínica y aumento del peso corporal, a través de estudios se comprobó que la administración de *Lactobacillus gasseri* reducía el tamaño de los adipocitos a nivel del mesentérico al mismo tiempo que reducía los niveles de leptina en suero, ello evidenció el potencial efecto regulador que dichas bacterias tenían sobre el crecimiento del tejido adiposo y en este sentido, sobre la obesidad. (28)

Estudios recientes apoyan la teoría que los posibles cambios en la flora intestinal tienen capacidad de modificar el equilibrio energético y de interaccionar con los nutrientes y la biología del individuo para permitir la posibilidad de que participen infecciones víricas obesígenas en la génesis de obesidad y diabetes. (20,23)

Causas ambientales

Las investigaciones han llegado a demostrar que el consumo elevado refrescos azucarados, embutidos, alimentos procesados, precocidos contribuyen a una dieta con un 38% o superior de la ingesta energética requerida a partir de grasas y carbohidratos simples, y la ausencia del desayuno junto inactividad física, dedicando 3 o más horas al ocio como la televisión, video juegos, el celular aumentaba el riesgo de ser obeso. (23)

En opinión de la autora los estilos de vida están influenciado por la evolución de la sociedad, los avances tecnológicos y con ello las políticas públicas de salud y de expendio de alimentos, éstas últimas constituyen un pilar principal en la lucha contra este problema de salud, la regulación del expendio de alimentos, la creación de espacios recreativos y asegurar que la información llegue a la población son los ejes de toda estrategia que se implemente.

En relación a las causas de obesidad la OMS manifiesta que la obesidad es el resultado del desbalance energético entre lo que se consume y lo que se gasta, situación que obedece a la ingesta de alimentos con gran contenido calórico y al sedentarismo originado por el trabajo, la accesibilidad al transporte y la creciente urbanización. (1)

El desarrollo de la biotecnología alimentaria, ha permitido a acceder y por tanto consumir durante todo el año cualquier tipo de alimento, junto a la accesibilidad casi ilimitada a los alimentos por gran parte de la población, ha contribuido a una serie de cambios en los patrones de alimentación de las personas. (28)

Otro factor que influye son las actividades laborales de los progenitores especialmente cuando los dos padres trabajan o los hogares monoparentales, que por limitación del tiempo recurren a los alimentos precocinados, bebidas azucaradas, comidas rápidas o con regularidad comen fuera de casa, afectando los horarios de alimentación, aumentando el riesgo de obesidad desde edades muy tempranas. (20, 22, 28)

En referencia a la actividad física estudios demuestran que los adolescentes optan por el transporte público aún cuando las distancias a caminar son cortas y no sobrepasa los 15 minutos de tiempo. Según datos estadísticos esto se traduce en una reducción del 37% del número de desplazamientos a pie y un 20% del número de kilómetros caminados al año. En España solo el 32,2% de los chicos y un 17,8% de las chicas entre los 6 y los 9 años de edad hacen deporte más de 2 días a la semana en su tiempo libre. (28)

11.2.1.5. Factores de riesgo para la malnutrición por exceso.

Peso al nacimiento

La macrosomía (peso superior a 4 kg al nacimiento) se ha identificado con efecto positivo para el desarrollo de obesidad en la infancia y edad adulta. El hecho contrario es decir el bajo peso al nacimiento tiene relación positiva con el síndrome metabólico y un mayor riesgo para la obesidad central. También se ha identificado que los recién nacidos pequeños para la edad gestacional que ganan rápidamente peso durante los primeros meses de vida, son los que presentan más riesgo de desarrollar obesidad en la adolescencia tardía. (23)

Lactancia materna

Se considera como factor protector la lactancia materna (LM), estudios demuestran que los lactantes que reciben LM tienen menor riesgo de desarrollar obesidad que los alimentados con leche de fórmula, incrementando la protección, entre los beneficios que proporciona es que son más capaces de autorregular su alimentación que los niños con lactancia artificial. (20,23)

Los mecanismos por los que la lactancia artificial representa un factor de riesgo se debe a que las concentraciones de soluto en la leche de vaca son mayores que los de la LM, esto despierta en el niño la sed que se traduce en llanto y la madre lo interpreta equivocadamente con hambre le ofrece más fórmula de leche y se crea un círculo vicioso. (31)

Precocidad del rebote adiposo.

De acuerdo a la fisiología normal se ha identificado un rápido crecimiento en el primer año de vida que decrece posteriormente llegando a valores mínimos entre los 5-6 años, momento en que se produce un nuevo aumento hasta la edad adulta. (25) Esto se ha llamado “rebote adiposo” y cuando se produce precozmente antes de los 5 años de edad, conduce a una elevación rápida del IMC y se asocia con mayor riesgo de obesidad en la edad adulta. (23, 31)

Etapas de la adolescencia y maduración sexual precoz.

La importancia de la obesidad en adolescentes está en la persistencia del sobrepeso en el adulto; se considera que el 80% de adolescentes obesos serán adultos obesos. (19) En relación a la menarquía precoz diferentes estudios han observado que la aparición de la menarquía antes o hasta los 11 años de edad incrementa el riesgo de obesidad en la época adulta. (23, 31)

Nivel socioeconómico

En las sociedades industrializadas, la obesidad es más frecuente en las mujeres pobres, mientras que en los países subdesarrollados lo es en las mujeres más ricas, por tanto el nivel socio económico elevado es un factor de riesgo de obesidad en los países pobres y en los de transición, al igual que el nivel de instrucción bajos. (23)

Distribución geográfica:

Los estudios han identificado que el medio rural representa un factor de protección de la obesidad en los países pobres y de transición nutricional, sin embargo, en estudios en países desarrollados se ha identificado como de riesgo. (23)

11.2.1.6. Clasificación de la malnutrición por exceso

Comprende dos situaciones: el sobrepeso que va desde más 1 desviación estándar a más 2 desviación estándar y la obesidad más de 2 desviación estándar. (1,19)

En relación a la obesidad que se considera una enfermedad existen diversas formas de clasificación, sin embargo resulta sencilla pero completa la que consta en el manual de protocolos de atención integral de los adolescentes 2009, del Ecuador: Obesidad nutricional simple o exógena: 95% de los casos; obesidad orgánica, mórbida, intrínseca o endógena: 5% de los casos (síndromes dismórficos, endocrinopatías y lesiones del SNC). (19)

11.2.1.7. Cuadro clínico

Los adolescentes que presentan obesidad por consumo excesivo de calorías por lo general alcanza mayor estatura, la edad ósea es más avanzada y terminan siendo más altos que sus pares. El tejido celular subcutáneo tiende a acumularse preferentemente en la cara, las mamas, abdomen y región

pubiana. La ubicación de la grasa en la región genital hace ver el pene más pequeño lo que puede confundirse con un hipogonadismo. (31)

La distribución de la grasa a nivel del tronco determina la obesidad superior o androide, la cual se relaciona con enfermedades crónicas degenerativas, lo mismo sucede con la grasa visceral u obesidad central. (31)

La acumulación de la grasa en las extremidades inferiores o en el tren inferior, determina la llamada obesidad ginecoide, que se asocia con patologías osteomusculares de los miembros inferiores y en menor cuantía con las enfermedades crónicas. En la piel suele haber estrías atróficas, la acantosis nigricans en cuello y extremidades. A nivel articular puede verse genu valgo, coxa vara, deslizamiento epifisiario de la cabeza del fémur. (31)

11.2.1.8. Comorbilidad asociada a la obesidad en los adolescentes.

Las consecuencias de la obesidad infantil en la salud de los menores son numerosas, las mismas que pueden estar presentes silenciosamente y manifestarse varias décadas después. Las principales afecciones que se describen y se han identificado según la literatura son las siguientes:

En lo biológico se asocia con hipertensión, bajos niveles de HDL, altos niveles de triglicéridos; oligomenorrea y obesidad asociadas aumentan el riesgo de desarrollar síndrome poliquístico ovárico; hígado graso, esteatosis; apnea del sueño, el estrés mecánico predispone a anomalías ortopédicas y fracturas. (1,12, 18-20,32)

Los problemas de salud mental para algunos autores pueden ser la causa de la obesidad, mientras que para otros son consecuencias; independientemente de su coexistencia su presencia representa un factor de riesgo importante en la salud mental de los adolescentes en opinión de la autora.

Las implicaciones en la salud mental están influenciadas por la edad, la raza, el nivel socioeconómico y la sociedad (20), entre las principales que se describen constan la depresión, la ansiedad, baja autoestima, los trastornos de la conducta alimentaria, y la mala calidad de vida. (1,19-20,32) Además la obesidad en la adolescencia se ha asociado con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos, mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que afecta su calidad de vida debido al estigma social. (32)

Dentro de los trastornos en la salud mental se consideran la ansiedad y la depresión, psicopatologías que deben ser abordadas ya que constituyen tanto factores de riesgo como uno de los pilares terapéuticos en el tratamiento de la obesidad. Pero también porque pueden conllevar al consumo de drogas, e incluso al suicidio. (8)

11.2.1.9. Trastornos de la salud mental: esfera emocional.

Ansiedad en los adolescentes

Se define como miedo o aprensión, hasta cierto punto normal. (33) Otros autores consideran al trastorno de ansiedad como una preocupación excesiva, poco real y mantenida con una duración de por lo menos 6 meses, asociada no únicamente a tensiones o estrés. (34)

La ansiedad puede ser vista como parte de la personalidad, sin llegar a ser patológica, en situaciones de estrés como la enfermedad de un familiar, un examen, etcétera, los autores coinciden en decir que es una respuesta adaptativa al estrés. (33, 34)

Es importante diferenciar los miedos normales, caracterizados por ser transitorios, de intensidad leve y específicos de los miedos patológicos o fobias, que resultan desproporcionados a las demandas de la situación; es decir, son miedos irracionales, que conllevan a psicopatologías que requiere tratamiento. (34)

Se constituye un trastorno cuando los síntomas interfieren en las actividades sociales, académicas, afecta la calidad de vida e incluso puede llegar a ser discapacitante, manifestando aislamiento y baja autoestima. (33) En la adolescencia es común que situaciones como el rendimiento académico, lesiones corporales, el aspecto físico, fenómenos naturales, la muerte, la capacidad de socializar causen temor, que normalmente desaparecen cuando logra la madurez. (33, 34)

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) los trastorno de ansiedad se clasifican en: trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia; trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias; otros trastornos de ansiedad y los trastorno obsesivos compulsivos. (34)

En la génesis de los trastornos de ansiedad se considera la predisposición genética o vulnerabilidad biológica y la influencia ambiental. (33, 35)

Dentro de los trastornos de ansiedad el más frecuente en la etapa de la adolescencia es la fobia social, que suele iniciarse durante la etapa o poco antes, y se manifiesta con ansiedad excesiva frente a chicos de la misma edad y ante adultos desconocidos que conduce al retraimiento social, rechazo al colegio y somatización de la ansiedad. (33, 35)

Depresión en los adolescentes

La depresión es un trastorno del humor, caracterizado por un grupo de síntomas, con predominio de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar); además, suelen aparecer síntomas de tipo cognitivo y físico. (34)

La depresión también se considera como una alteración en el estado de ánimo, con reducción de la energía y disminución de la actividad. (19)

En la adolescencia aparecen además conductas negativistas y disociables, abuso de alcohol y drogas, irritabilidad, inquietud y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, descuido del aseo personal y autocuidado, tristeza, anhedonia, autoimagen deteriorada y baja autoestima. (34)

En la etiopatogenia de la depresión intervienen factores genéticos relacionados con el carácter, el temperamento y la personalidad, y los factores ambientales y socioculturales que incluyen la disfunción familiar, y las experiencias negativas a edades tempranas. (19, 36)

Se manifiesta mediante: cambio en el rendimiento escolar, dificultad para concentrarse, irritabilidad o enojo, cambios en los hábitos de sueño y comidas, excesiva ansiedad y culpa, quejas de síntomas somáticos, conductas agresivas de riesgo o antisociales y pensamientos o conversaciones sobre la muerte o el suicidio. (35)

La depresión es una patología que en 50% de los casos coexiste con otras patologías psiquiátricas como la ansiedad, la conducta desorganizadora, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el consumo de sustancias. (36)

11.2.1.10. Obesidad desde la perspectiva social y antropológica.

La frase “que el alimento sea tu mejor medicina”, atribuida a Hipócrates, permite meditar sobre la importancia que tiene la alimentación y nutrición en el ser humano desde siempre, la interpretación a esa expresión ha ido evolucionando hasta la actualidad donde las personas están muy distantes de alcanzar ese objetivo, de mantenerse saludable a través de los alimentos.

La alimentación del hombre ha evolucionado desde la época de la prehistoria donde se alimentaban a partir de la casa y la recolección de frutas, años después desarrollaron la agricultura y la crianza de animales y con ello dio origen al sedentarismo, la abundancia de alimentos y el aumento de peso, posteriormente se dio la revolución industrial, con el desarrollo tecnológico – cultural que favoreció el ahorro de actividad física y el gasto energético. (37)

Desde una perspectiva antropológica, la cultura desempeña un papel fundamental en la distribución de la obesidad en la población, Así, la obesidad se ha interpretado a través de la historia como belleza, prosperidad económica, salud y fertilidad en diferentes civilizaciones. (37)

Este concepto de obesidad ha sufrido cambios con la modernización de la civilización, desde los años 50, a partir de entonces se fue planteando el peso corporal ideal y normas de alimentación, se empezó a ver la delgadez como un atributo de salud y distinción social, la obesidad paso a verse como una enfermedad, y la delgadez como un atributo para el trabajo y los negocios es decir de oportunidades. (21)

A partir de estas concepciones se ha creado el patrón de belleza occidental que ensalza la delgadez y la consolidad como modelo a seguir, establece la pauta cultural de lo que es un cuerpo atractivo y lo que no es, desarrollando conflictos de carácter social y psicológicos en los individuos que no están dentro de esa norma. (21)

Desde esta perspectiva social la autora orienta a mirar el problema de la obesidad de manera holística, no solo desde la perspectiva biomédica sino desde el enfoque sociocultural, que incluya el análisis global pero también individual, ya que no todos los seres humanos o grupos poblacionales asumen de igual manera éste problema, es necesario se consideren todos los enfoques para que las acciones de prevención y las políticas de salud tengan éxito.

11.2.2 Adolescencia

11.2.2.1. Definición

La OMS considera la adolescencia como una fase de crecimiento y desarrollo que ocurre después de la niñez y que antecede a la edad adulta, entre los 10 y 19 años influenciada por diversos procesos biológicos. (38)

En Nelson, la adolescencia es el periodo de los 10 a los 20 años, y comprende la etapa en que los jóvenes experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social. (39)

Voyer se refiere a la adolescencia como una etapa de desarrollo, que inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina con la madurez sexual. (40)

Desde una perspectiva más social se concibe a la adolescencia como un periodo de aprendizaje en el que se adquieren conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. (41)

La misma fuente afirma que la adolescencia es una etapa de la vida que va desde la niñez y que cronológicamente se inicia con cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que generan crisis, conflictos y contradicciones que tipifican éste periodo como una etapa crítica del desarrollo que afecta al individuo, la familia y la sociedad, y que tiende a estabilizarse al acercarse a la edad adulta.

Es importante diferenciar pubertad de adolescencia, la primera se refiere al proceso fisiológico de cambios que se dan en los humanos, mientras que la adolescencia se considera desde el punto de vista de la atención primaria como un proceso socio-cultural, en el que influye la sociedad, en el proceso de adquisición de conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta en una sociedad modernizada e industrializada. (41)

En Pediatría de Voyer la pubertad se considera como un proceso acelerado del crecimiento corporal y del desarrollo de la capacidad reproductiva desencadenada por los sistemas nervioso y endocrino. Mientras que la adolescencia es el periodo en el cual se busca establecer la identidad de adulto. (40)

Referente a la diferencia entre adolescencia y pubertad en el manual de Protocolos de atención integral del adolescente, se considera la adolescencia como el periodo de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren entre los 10 a 19 años; y la pubertad el periodo que se da entre los 8 y 13 años en las niñas y entre los 9 a 14 años en los niños y comprende cambios morfológicos y fisiológicos que los preparan para la funciones sexuales. (19) define:

11.2.2.2. Clasificación de la etapa de la adolescencia

Algunos autores suelen considerar a la adolescencia en tres etapas, precoz, media y tardía. (39-42)

Adolescencia temprana: abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14 y se caracteriza, fundamentalmente, por los cambios puberales.

Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años, caracterizada sobre todo por los conflictos familiares debido a la importancia que adquiere el grupo.

Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años, caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades de la madurez.

La OMS se clasifica en adolescencia temprana que comprende de los 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. (38)

11.2.2.3. Desarrollo del adolescente

Desarrollo físico

El crecimiento y desarrollo fisiológico está determinado por la interacción del sistema endócrino sobre el sistema óseo, la hormona de crecimiento (GH), tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento, otras como la paratohormona, 1,25 dehidrocoleciferol y calcitonina influyen en la mineralización ósea. (41)

Los ejes del crecimiento son los siguientes:

Aumento de estatura.

La velocidad de crecimiento en las chicas precede en aproximadamente 2 años al de los varones, siendo el pico a los 11,5 a 12 años con una velocidad máxima 8,3 cm anuales para frenarse luego y terminar a los 16 años. En los varones el

pico es a los 13,5 a 14 años con una velocidad de 9,5 cm anuales después se frena y termina a los 18 años. (19, 39, 41)

Aumento ponderal

El aumento ponderal viene a representar el 50% del peso ideal adulto. La máxima velocidad ponderal varía entre 4,6 a 10,6 kg en chicas y 5,5 a 13,2 kg en chicos. La mayor masa muscular de los varones hace que sean más pesados con relación a las mujeres a igual volumen. (39, 41)

Cambio de las formas y dimensiones corporales

El aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de los dos sexos. (39, 41)

Otros son ganancia y redistribución de la masa corporal, crecimiento óseo (longitudinal y transverso) y la maduración dentaria, el crecimiento de los maxilares puede generar problemas en las arcadas dentarias, finalmente crecimiento de órganos y sistemas. (19)

Desarrollo sexual del adolescente

El desarrollo sexual se refiere a los cambios secuenciales que el niño o niña experimentan en su anatomía y a la aparición y funcionamiento de las características sexuales secundarias, que permiten la conformación del cuerpo masculino y femenino. (19)

El desarrollo del vello púbico, el crecimiento de los testículos, pene y desarrollo de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la morfología corporal de los adolescentes. (19,25 ,39 ,41)

Gracias a la escala de Tanner se tiene un método objetivo para evaluar el estado de desarrollo de la maduración sexual del y las adolescentes, en esta escala se lo estatifica en 5 estadios para hombres y mujeres con la particularidad que en la mujer evalúa también el desarrollo mamario. (19,25 ,39 ,41)

Dos eventos importantes marcan el inicio de la pubertad: el primero la adrenarquia que es el efecto de la secreción de andrógenos suprarrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años, responsable de la aparición de vello púbico y axilar, y de cambios en el olor del sudor axilar. (19)

El segundo la gonadarquia que es el cambio hormonal más importante y consiste en la reactivación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que coincide con el estímulo del eje del crecimiento, las gonadotropinas estimulan la síntesis y secreción de los esteroides gonadales. (19)

Los cambios puberales en las mujeres son: la telarquia ocurre entre los 9 a 13 años consiste en la presencia del botón mamario; la pubarquia es crecimiento del vello púbico; la menarquía ocurre en el estadio 3 – 4 de Tanner mamario, la edad promedio de presentación es 12,7 años y por lo general con ciclos anovulatorios e irregulares. (19, 25, 41)

Los cambios puberales en el hombre son el aumento del tamaño testicular igual o mayor a 2,5 cm corresponde a 4 ml; sobreviene el crecimiento del pene y vello púbico, el desarrollo del pene y testículo toma 3,5 años, la espermatogénesis es un evento puberal precoz, el vello axilar aparece después del vello pubiano y más tardíamente se desarrolla el vello facial. (19,41)

Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y de ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico. (41)

Desarrollo psicológico del adolescente

El proceso de crecimiento y desarrollo en adolescentes no es un ente aislado, paralelo a ello van ocurriendo transformaciones en la psiques, que es también una secuencia de cambios que responden a las transformaciones físicas ocurridas durante esta etapa, y que tienen como objetivo que el adolescente construya su identidad

El adolescente desde el punto de vista psicológico debe afrontar simultáneamente varios cambios: vivir el duelo de su infancia y de las relaciones infantiles que mantenía con sus padres; reorganizar las relaciones con sus padres desde una perspectiva más independiente; adaptarse a los cambios rápidos de su cuerpo y a su nueva imagen corporal; integrar y vivir la eclosión de la sexualidad; establecer definitivamente una identidad de sexo y avanzar hacia la consolidación de su propia identidad como persona individual y única que avanza hacia la madurez. (43)

En otra bibliografía se considera que los principales aspectos psicológicos que afectan al adolescente son: La lucha dependencia-independencia en el seno familiar; preocupación por el aspecto corporal; integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad. (41)

En 1905, Sigmund Freud en relación al desarrollo psicológico del adolescente mencionó que tres los acontecimientos relevantes de esta etapa: primero la subordinación de las zonas erógenas al nivel genital. Segundo el establecimiento de nuevos objetos sexuales, diferentes en varones y mujeres y tercero la búsqueda de nuevos objetos sexuales fuera del grupo primario (exogamia). (40)

Para E. Erikson el proceso de la adolescencia comprende: el desarrollo

psicosexual; la independencia de la familia de origen; la búsqueda de la identidad y la independencia económica, elementos influenciados por aspectos socioculturales, políticos, económicos e históricos del momento.(40)

Desde la perspectiva de Erikson la adolescencia es un proceso social, que se construye en relación a la cultura, la sociedad y las posibilidades de vida, razones por las cuales hoy los adolescentes no son iguales a los de épocas pasadas, por tanto la familia y la sociedad debe también ir transitando por este proceso y adaptarse a los adolescentes de ésta época.

Lucha independencia – dependencia

La adolescencia de los hijos es una época de cambios importantes para los padres. Han de vivir el duelo de su niño y adaptarse a un nuevo tipo de relación con su adolescente, más compleja, más crítica, que coincide en ocasiones con la crisis de la mediana edad de los padres, las enfermedades de los abuelos, constituyendo crisis en la familia. (43)

El adolescente se separa de la familia de origen, para ello debe crear nuevos vínculos con su grupo de amigos (exogamia) y desplazar el apego emocional que tenía en su familia (endogamia), a través de este cambio encontrará nuevos patrones de identificación diferentes a los modelos parenterales que admiraba en la niñez. (40)

La relación paterna-filial se caracteriza por ser conflictiva, hay confrontación de las opiniones, el deseo de experimentar por sí mismo, no acepta consejos, busca compartir con sus iguales y forjar sus propias experiencias, por lo que presenta un cierto grado de desobediencia. (43)

En la adolescencia tardía, al inicio los conflictos llegan al máximo nivel para ir declinando a e iniciar la integración con la familia, adquiere más independencia y madurez, al final entre los 18 y 19 años se considera regresa al hogar. (41)

Preocupación por el aspecto corporal

En los primeros años el adolescente puede sentirse extraño, y rechazar su propio cuerpo, hay inseguridad en relación a su atractivo físico, esto coincide con el interés por la sexualidad. La preocupación por el aspecto corporal acompaña al adolescente hasta el final de la etapa donde normalmente se da la aceptación de su imagen corporal, y la vida sexual suele ser más activa y frecuente, ejercida con mayor responsabilidad según la maduración psicológica que haya alcanzado durante el proceso de la adolescencia. (33)

Desarrollo cognitivo del adolescente

Cambios cognoscitivos y reestructuración de la personalidad son dos grandes conquistas de la etapa adolescente, su pensamiento evoluciona de lo concreto a lo abstracto y supeditan lo real a lo posible, esto les permite proponer y

validar hipótesis, resolver situaciones y planificar diversas actividades. (44)

Para otros autores existen a más de la evolución del pensamiento operativo concreto al lógico formal otros dos procesos que son el razonamiento entendida como habilidad cognitiva y el juicio que es la capacidad de calcular las consecuencias de las decisiones o de las acciones.(39)

El pensamiento concreto dado por la mayor capacidad de abstracción permite al adolescente dado su mejor capacidad cognitiva, ética y conductual saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas, pero el deseo y la posibilidad de experimentar supera a la prudencia, sin ser capaz de evaluar riesgos para la salud. (41)

Los estudios de neuroimagen permiten explicar que durante estos procesos, en los adolescentes se va produciendo el desarrollo de la corteza prefrontal dorsolateral, la circunvolución temporal superior, que son las áreas responsables de las asociaciones superiores como la capacidad de inhibir los impulsos, sopesar las consecuencias, priorizar y elaborar estrategias.(39)

Se considera que el conocimiento es el resultado de una construcción activa, que surge a partir de actuar sobre los objetos y de asimilar los mecanismos de las transformaciones, es decir que los adolescentes están forjando su propio saber, formulan hipótesis sobre todo cuanto conoce o cree conocer y dudan de todo. Por ello, Piaget habla de la adolescencia como “la edad de la metafísica”. (40)

Al final de la etapa entre los 17 a 19 años tienen un pensamiento independiente y orientado al futuro, dejan de actuar por instinto para actuar según planes a largo plazo, son capaces de comprometerse, establecer límites, suelen ser idealistas e intolerantes frente a opiniones contrarias, su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto. (39, 41)

Desarrollo emocional en la adolescencia

Uno de los objetivos de los adolescentes es establecer su independencia, lo cual lo lleva a adoptar actitudes y a tomar decisiones contrarias a las esperadas por los adultos, con el fin de prescindir de la tutelas de los progenitores y alcanzar su autodependencia, adquieren nuevas aspiraciones e interés. (45)

Al final de la adolescencia el individuo es capaz de tomar sus propias decisiones, alcanza la independencia emocional que significa que ha madurado, deja de ser egocéntrico, revaloriza la familiar y el hogar, en algunos casos no logran emanciparse y permanecen en el hogar manteniendo dependencia económica, por el contrario otros se sienten a gusto con su independencia y salen del hogar, manteniendo los lazos familiares. (45)

Desarrollo social en la adolescencia

González plantea en relación al concepto de socialización en la adolescencia que es un proceso de aprendizaje e interiorización de la cultura a la cual pertenece y la capacidad de integrarlos a su personalidad con objetivo de amoldarse a su contexto social. (46)

Además de lo mencionado por González, en otras literaturas se considera que el desarrollo físico también tiene correlación con la esfera psíquica y social, pues en la adolescencia la imagen corporal y la relación con sus pares ejercen un rol protagónico en este proceso de socialización. (41)

Hoy se conoce que aunque la cultura influye en el proceso de socialización no es el origen de la misma, anteriormente se veía este proceso como la trasmisión de experiencias de una generación a otra en un contexto determinado, pero se conoce que existen múltiples factores y agentes socializadores como la familia, grupo de iguales, el centro educativo y los medios de comunicación social se consideran los principales agentes socializadores. (46)

La familia como agente socializador

La familia dentro de sus funciones tiene la misión de reproducir los esquemas axiológicos y las conductas sociales, lo que origina el conflicto generacional, que surge de la discordancia entre la ideología dominante autoritaria de los padres que obstaculiza la libertad de expresión de los hijos y la organización democrática familiar. La familia debe saber guiar y preparar al individuo para la libertad, la cual es justamente una de sus funciones básicas. (46)

Por tanto en opinión de la autora la familia desde el punto de vista del origen de la sociedad tiene como rol fundamental el de preparar a los hijos desde el nacimiento para que puedan adaptarse al mundo que les rodea, pero debe ir incorporando a su vez los cambios que se van produciendo como resultado de la globalización e irlos introduciendo desde un punto de vista positivo en la formación de los hijos, preparándolos para su interacción social, mucho más en la adolescencia que se considera una etapa de crisis y conflictos.

En la adolescencia temprana los jóvenes se distancian de los padres, para unirse a grupos de su mismo sexo, sus gustos y preferencias distan mucho de los de sus progenitores, existe búsqueda de intimidad que los lleva a aislarse más de la familia y tienden a desarrollar modelos de conducta a raíz del contacto o relaciones con otros adultos como familiares, profesores o padres de sus amigos más cercanos a quienes los idealizan y admiran. (39)

En la adolescencia media las relaciones con los padres se vuelven más conflictivas y tensas, se redireccionan hacia sus amigos, sin embargo muchos adolescentes pasan esta etapa sin mayor conflicto ni estrés, otros que constituyen una minoría presentan dificultades en éste periodo y pueden no desarrollar habilidades sociales y confianza, con dificultades también al momento de iniciar nuevas relaciones. (39)

Finalmente en la adolescencia tardía el grupo de amigos pierde protagonismo,

inician las relaciones de carácter más íntimo y la reconciliación con los padres. (39)

El grupo de amigos como agente socializador

Grupo de amigos, o grupo de pares, no siempre designan a personas de edades similares, en el sentido más amplio abarca según la literatura personas que no siempre comparten la misma edad, familia, situación económica o habilidades; en la adolescencia este grupo se caracteriza por compartir valores, normas, conductas, cultura y símbolos propios o diferenciados, a través de los cuales se realiza el proceso de socialización. (46)

Los mecanismos socializadores del grupo de pares son:

Proporciona mayor libertad y autonomía lo cual lo consiguen a través de la crítica y la controversia en el grupo, desarrollando su capacidad de juicio que lo aleja de la familia. (46)

Interiorizan los conocimientos, normas, valores y rol sexual a través de la adaptación al grupo; esto crea para el adolescente una nueva fuente de aprobación, que si es positiva reafirma y fortalece la autoestima, de lo contrario la debilita o disminuye. (46)

La sincronía interaccional, se considera es el proceso por el cual los miembros de un grupo tienden a asemejarse en cuanto a sus pensamientos y modos de conducta, es decir que dentro del grupo el reforzamiento positivo o negativo de un proceder por los demás del grupo determina que con el tiempo los miembros del grupo tengan similitudes. (47)

La comparación grupal constituye otro mecanismo de socialización a través del cual los individuos o grupos tienen la tendencia a comparar sus habilidades y opiniones con las de otros, de darse un descuerdo la postura más débil terminaría cediendo a la postura más fuerte, ejemplo de ello es la imposición de una moda. (47)

El grupo de iguales presta una función selectiva y orientadora en relación con la exposición del niño y el adolescente ante estos medios de comunicación; marca tendencia hacia determinadas preferencias musicales, series de televisión, artista de moda, que los identifica y les da estilo propio. (46)

La influencia normativa es el mecanismo a partir del cual las personas tienden a adherir a determinadas normas endogrupales a efectos de evitar emociones negativas, como la vergüenza o el rechazo grupal (47).

De acuerdo a Harris, 1995 mencionado por Simkin, Becerra y Gastón en la adolescencia, los grupos de pares suelen tener una estructura jerárquica, en la cual los de mayor nivel influyen sobre los demás, y el grupo de menor nivel son quienes aceptan y asimilan las conductas de los que están en mejor estatus. El grado de afectación de las burlas (bulling) es mayor si deriva del grupo de

mayor jerarquía y viceversa. (47)

Los adolescentes buscan figuras con las cuales poder identificarse fuera del hogar, puede encontrarlas en el grupo de amigos, compañeros o grupo de deportes o gustos afines, que opten por adoptar signos y costumbres comunes como: la moda, pierseng, las conductas, tatuajes y vocabularios que los identifiquen, esto da cohesión y les permite identificarse como miembros del grupo y diferenciarse de los demás. (41, 43)

El grupo aporta unos ideales a imitar, una información de conocimientos, un punto de referencia, refuerza la autoestima del adolescente y le ofrece la posibilidad de amar a los demás, a los 18 – 19 años tienden a debilitarse las relaciones con los amigos, reduciéndose el grupo a pocas personas y las relaciones de pareja se hacen más estables. (41)

El grupo como se ha mencionado tiene un rol importante en las relaciones interpersonales en los adolescentes, tan así que la exclusión o aislamiento por parte de los pares los desvaloriza y afecta su capacidad para relacionarse, integrarse y comportarse con sus coetáneos. (45)

La escuela como agente socializador

En la visión de Durkheim, la escuela tiene como uno de sus principales objetivos el facilitar la integración socioeconómica, la participación social, la integración cultural y normativa. (47)

Según Aguirre los centros educativos en relación a los adolescentes tienen la función específica de socializarlo al inculcarle los conocimientos, habilidades, actitudes e intereses, que le puedan proporcionar el desempeño de su rol social, y tener éxito en la sociedad. (46)

Los maestros pueden ser modelos representativos y diversificados para el niño, capaces de brindar un espacio para la actividad crítica, el aprendizaje junto a otros niños en interacción social, en un ambiente físico y social diferente al del entorno familiar puede llegar a constituir un medio positivo para el niño o también negativo si no hay suficiente apoyo, o adultos responsables que guíen a los adolescentes. (46)

Desarrollo de la identidad

Para Erikson, identidad se refiere con frecuencia a algo enojosamente manifiesto, a una búsqueda más o menos desesperada o casi deliberadamente confusa, y que se encuentra localizado en el núcleo del individuo y de la cultura comunitaria. (38)

Es un proceso que al inicio caracteriza al adolescente por poseer objetivos irreales, impulsivos y sin dominio de las dudas, demandan mayor intimidad y

hay un rechazo a los consejos de los padres. Con los años aumenta la empatía, la creatividad y la capacidad intelectual, en cuanto a su vocación y objetivos son más realistas, pero la seguridad en sí mismos aumenta y con ello las conductas de riesgo. Al llegar a los 18 años su conciencia es más racional y realista, existe mayor compromiso con sus objetivos y su vocación, se produce la consolidación de sus valores religiosos, morales y sexuales, tiene una madurez muy cercana a la del adulto. (33)

11.2.2.4. Autoconcepto del adolescente.

Se ha definido como las percepciones que el individuo tiene sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta según lo refiere Shavelson, Hubner y Stanton, 1976. (50)

González-Pienda, Núñez, González-Pumariiega y García, 1997 el autoconcepto es el conjunto de creencias que los individuos consideran verdaderas respecto así mismo, posterior a un análisis, valoración e integración producto de su experiencia. (49)

Autores, como Harter, 1986 sostienen que el autoconcepto general o global va a estar determinado por el grado de importancia que demos a cada uno de los componentes específicos; si al autodescribirnos los juicios de valor son satisfactorios, el autoconcepto global es positivo, en el caso contrario, sentimientos negativos generan un autoconcepto global negativo. (50)

Desde la perspectiva multidimensional y jerárquica del autoconcepto, se considera es el resultado de la integración de los aspectos cognitivos (descriptivos) de sí mismo, que se corresponden con la autoimagen, como los afectivos (valorativos), que se corresponden con la autoestima. (49-51)

Desarrollo del autoconcepto

El autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente según Nuñez y González, 1994. (50)

Para los autores que trabajan bajo la perspectiva de la multidimensionalidad estructural y funcional, sostienen que evoluciona desde una etapa inicial principalmente indiferenciada a una progresiva diferenciación con el paso del tiempo y que las facetas del autoconcepto tienen diferente peso y su importancia explicativa también varía. (50)

Para otros autores los adolescentes comienzan a formar un autoconcepto basado en el yo primitivo, en las opiniones de los demás, en su propio aspecto físico, pero también en su autoeficacia, su autodignidad y su autoestima.(51) La adolescencia es una etapa de crisis de identidad, de conflictos y contradicciones, el desarrollo de las relaciones interpersonales es un factor muy influyente sobre la autopercepción, el atractivo físico condiciona la

interacción con sujetos del sexo opuesto y con sus pares. (39-41)

Los medios de comunicación tienen un rol preponderante en el desarrollo del autoconcepto, las propagandas con contenidos de violencia, abuso de sustancias, sexo, influyen en las normas de cultura y el sentido de identidad, esto asociado a la accesibilidad a las tecnologías (TICS) pueden distorsionar la autoimagen, el concepto de feminidad y masculinidad que lleva a conductas equivocadas, trastornos de alimentación, ansiedad, depresión y confusión. (39)

Etapas en la conformación del autoconcepto

Hausler y Milicic, 1994 postulan la existencia de tres etapas en la formación del autoconcepto (50):

La etapa existencial o del sí mismo primitivo, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años, y en la que el niño va desarrollándose hasta percibirse a sí mismo como una realidad distinta de los demás.

La segunda etapa corresponde a la del sí mismo exterior y va desde los dos hasta los doce años, abarca la edad preescolar y escolar. Es la etapa más abierta a la entrada de información, es crucial el impacto del éxito y el fracaso, así como la relación con los adultos significativos, en la edad escolar tiene carácter ingenuo, una imagen relevante es el maestro de él depende mucho la imagen que se crea el alumno como estudiante.

La tercera denominada del sí mismo interior, el adolescente busca describirse en términos de identidad, haciéndose esta etapa cada vez más diferenciada y menos global, esta es la etapa crucial para definirse en términos de autovaloración social según Hausler y Milicic. De este modo, el conjunto de interacciones sociales vividas por el adolescente van a definir gran parte de sus vivencias de éxito o fracaso y por tanto, van a reforzar o introducir cambios en su autoconcepto.

Dimensiones del autoconcepto

De acuerdo a la teoría multidimensional uno de los primeros en describir empíricamente el constructo del Autoconcepto fue Fitts 1965, le atribuyó tres componentes internos: identidad, autosatisfacción y conducta; y cinco externos: físico, moral, personal, familiar y social. (52)

Para otros autores como Shavelson, Hubner y Stanton en 1976, consideran que el autoconcepto general estaría compuesto por: el autoconcepto académico y del no-académico y éste último a su vez, incluiría el autoconcepto social, el emocional y el físico. (50, 52)

De los trabajos de Shalveson y colegas se deriva que el autoconcepto es un constructo multidimensional, organizado, jerárquico que se origina de una dimensión general, pero en el cual es posible distinguir diferentes áreas del

comportamiento humano. (52)

Autoconcepto académico

Hace referencia a la percepción que tiene el individuo en la calidad de desempeño en su rol de estudiante y en su propia percepción académica. (52)

Según el modelo propuesto por Shavelson et al. (1976), el autoconcepto académico se subdivide en la percepción de la competencia que se tiene respecto a las diversas materias escolares tales como inglés, historia, matemáticas o ciencias. (50)

El autoconcepto gira en relación a dos ejes, uno es la perspectiva que el adolescente tiene de su desempeño a partir de la consideración de sus profesores; y el otro tiene que ver con cualidades como la inteligencia, que se correlaciona positivamente con el ajuste social, el estima de los compañeros, la responsabilidad, y el liderazgo. (52)

Autoconcepto social y relaciones sociales

Se refiere a la percepción que tiene el adolescente en su desempeño en las relaciones sociales, hay quienes consideran que el autoconcepto social se organiza dependiendo de la evaluación de las competencias como son las habilidades sociales, la agresividad, la asertividad, que las personas activamos en la vida social. (50)

Dos ejes se considera definen esta definición, uno de ellos se refiere a la red social del individuo y su facilidad para mantenerla o ampliarla; el segundo eje hace referencia a cualidades como ser amigable o alegre determinantes en las relaciones interpersonales. (52)

Esta dimensión se correlaciona positivamente con el bienestar psicosocial, el rendimiento académico, la estima de profesores y superiores, la aceptación de los compañeros, los valores universalistas. Negativamente con las conductas antisociales, disruptivas, depresivas y agresivas. (50, 52)

Autoconcepto emocional

Hace referencia a la percepción de la persona de su estado emocional, comprende dos situaciones: la primera se refiere a como se siente emocionalmente (me asusto con facilidad, soy nervioso). La segunda frente a situaciones más específicas, cuando me preguntan, me hablan personas de rango superior. (39)

Se consideran cuatro dimensiones: autoconcepto afectivo-emocional: cómo se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones. El autoconcepto ético-moral: hasta qué punto se considera a sí mismo honrado. El autoconcepto de la autonomía: la percepción de hasta qué punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio y el autoconcepto de la

autorrealización: que es cómo se ve así mismo con respecto al logro de sus objetivos de vida. (50,52)

Autoconcepto físico

Las dimensiones habilidad física y la apariencia física, resultan muy claras y aceptadas, pero suelen añadirseles otras más. Para Bracken (1992), por ejemplo, distingue los ámbitos de competencia física, apariencia física, forma física y salud. El modelo de Fox (1988), considera las cuatro dimensiones: habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza. (50)

Otros consideran que esta dimensión tiene dos ejes, el primero se refiere a la práctica deportiva, e incluye lo social “me buscan” y física o de habilidad “soy bueno” y la segunda hace alusión al aspecto físico “atractivo, se gusta, se ve elegante”. (52)

Un Autoconcepto físico alto significa que se agrada, que se cuida físicamente, capaz para cualquier deporte con oportunidades de éxito; se correlaciona positivamente con la percepción de buena salud, autocontrol, la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y al grupo. Negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y los problemas con los iguales. (50, 52)

11.3 Bases legales

La Constitución de la República del Ecuador (53), en el artículo 32 garantiza el derecho a la salud como fundamental en el desarrollo. Reconoce otros aspectos esenciales en el desarrollo de las personas y la construcción de una ciudadanía basada en principios de dignidad, no discriminación, igualdad, gratuidad y universalidad de los servicios (arts. 10 y 11).

El Estado reconoce que deben generarse medidas de acción afirmativa que permitan el cierre de brechas de desigualdad en poblaciones históricamente excluidas y grupos de atención prioritaria como: mujeres, adolescentes, niñas, niños, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, migrantes, LGBTI (Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales) y otros. (Art. 11 numeral 2, Art. 35, art. 341, art. 358 CRE). (53)

Garantiza el derecho a la confidencialidad(53), el acceso a servicios de salud basados en los principios de la bioética, que respete las condiciones intergeneracionales, interculturales, de género, con eficiencia, trato digno, calidad y calidez (art. 32)

La Constitución (53) en su artículo 44 determina que:

“El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y

adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales”

El Plan Nacional del Buen Vivir (54) 2013 – 2017, en el objetivo 3 se plantea

“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población, plantea desde una mirada intersectorial políticas orientadas al cuidado, promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física”

Para asegurar la calidad de atención de los adolescentes que responda a sus necesidades se sigue los lineamientos del modelo de atención integral de salud (MAIS)(11) en el que se considera:

La atención a adolescentes será integral: biopsicosocial y familiar, con énfasis en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, utilizando espacios (instituciones educativas, centros deportivos o parroquiales, organizaciones juveniles, además de los centros de salud) y lenguajes acordes a sus intereses y necesidades socioculturales.

Este nuevo enfoque facilita el acceso de adolescentes (10 a 19 Años) a los servicios de salud en un sistema en el cual estuvieron invisibilizados. El objetivo del MSP es fortalecer el primer nivel como puerta de entrada al sistema para garantizar la atención de calidad para adolescentes y evitar las brechas y barreras de acceso, por lo que se deberá facilitar el acceso garantizando la privacidad y confidencialidad en la atención así como las actividades de promoción de la salud, con un funcionamiento adecuado del sistema de referencia contra referencia, cuando la situación lo requiera. (55)

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de tipo observacional porque no hubo intervención por parte del investigador, descriptivo porque se limitó a describir el fenómeno a través de las variables de estudio y transversal porque se realizó la medición de las variables una sola vez. (56)

El estudio se realizó en la Unidad Educativa Alfredo Portlupi Velásquez, la cual es una institución fiscal y mixta, de ubicación urbana en la parroquia Pascuales del cantón Guayaquil, funciona en dos secciones matutina y vespertina, se trabajó con los estudiantes de la sección vespertina.

La investigación se realizó en el mes de Enero 2016, con los adolescentes que presentaron malnutrición por exceso.

12.2 Diseño de la investigación

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

Del total de estudiantes matriculados en el año lectivo 2015-2016 con edades comprendidas entre 10 – 19 años de edad, fueron incluidos en el estudio todos los adolescentes de ambos sexos que presentaron malnutrición por exceso de acuerdo a los lineamiento de los protocolos de atención del adolescente, es decir $+1$ DE de la media normal para la edad y sexo (19), identificados a través del programa de salud escolar que incluye la valoración nutricional a través del IMC. Se identificaron 117 adolescentes con malnutrición por exceso, de los cuales 104 se incluyeron en el estudio al cumplir los siguientes requisitos.

Criterios de inclusión:

Los estudiantes cuya edad este comprendida entre los 10 y 19 años cumplidos.

Adolescentes que presentan malnutrición por exceso de acuerdo al IMC $+1$ desviación estándar hasta $+2$ desviación estándar para el sobrepeso y $+2$ desviación estándar para la obesidad.

Todos los estudiantes que hayan firmado el consentimiento informado y que sus representantes también lo hayan hecho

Criterios de exclusión:

Adolescentes que presenten déficit mental u otra patología concomitante

Los adolescentes que no llenaron todas las evaluaciones.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

En primera instancia se coordinó una reunión con los directivos de la institución educativa para informar los objetivos, los procedimientos y beneficios de la investigación que constan en la primera parte del consentimiento informado (Anexo 1) y la correspondiente firma de la directora de la institución (Anexo 2).

A continuación dada la dificultad para reunirse con cada uno de los padres de familia de los estudiantes participantes, se les entregó el consentimiento informado a cada uno con información lo suficientemente detallada (anexo 1) y el documento a ser firmado por sus representantes (Anexo 3). Y finalmente el consentimiento de los estudiantes (Anexo 4). A través de estos documentos queda constancia de su voluntariedad de participar en el estudio y se cumple con las normas éticas de la investigación

La muestra está constituida por los estudiantes de 10 a 19 años de edad que presentan malnutrición por exceso de acuerdo al índice de masa corporal y según las tablas de crecimiento del Ministerio de Salud Pública para la edad y el sexo: sobrepeso +1DE y obesidad +2DE. Las medidas antropométricas fueron determinadas por personal entrenado, cumpliendo las normas y recomendaciones técnicas durante el programa de salud escolar.

Instrumentos para la recolección de la información

Para dar salida al objetivo específico relacionado con la esfera emocional de los adolescentes que incluye la ansiedad y depresión se empleó:

Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) de Spielberger, es la técnica autoevaluativa, utilizada internacionalmente, diseñado para evaluar dos forma relativamente independientes de la ansiedad. La ansiedad como estado: es conceptualizada como un estado emocional transitorio que varía en intensidad y varía en el tiempo. La ansiedad como rasgo se refiere a las diferencias individuales que se consideran características de la personalidad o de propensión ansiosa estable. Comprende dos escalas separadas de autoevaluación, cada una está conformada por 20 frases o ítems con cuatro opciones de respuesta es una escala tipo likert (0= casi nunca; 2= a veces; 3= a menudo; 4= casi siempre). El IDARE-E hay diez ítems positivos de ansiedad (mayor puntuación mayor ansiedad) y diez ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. Es una prueba que puede ser autoadministrado y de forma general se aplica primero la escala ansiedad como estado luego la escala ansiedad como rasgo. Clasifica el nivel de ansiedad en bajo <30; medio 30 – 44; y alto >45. (57) (Ver anexo 5)

Inventario de Depresión de Beck (BDI), proporciona una estimación muy cercana a la gravedad o intensidad de los síntomas, y es muy utilizado para cribado o detección de depresión en la población en general. La fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera tiene manifestaciones afectiva, conductuales, cognitivas y somáticas. El inventario consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3 según la gravedad de la depresión; consta de 14 categorías de naturaleza cognitiva y

afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. La sumatoria total permite obtener la siguiente interpretación: Depresión ausente o mínima <12; depresión leve 13- 20; depresión moderada 21 - 25; depresión severa +25 (Anexo 6) Los niveles de depresión moderada y grave tienen importancia clínica, no así la depresión leve. (57)

El objetivo dos que incluye la esfera social de los adolescentes y el objetivo tres que hace referencia a la autovaloración del adolescentes con malnutrición por exceso se obtuvieron a través del Cuestionario AF5.

El Cuestionario AF5 Autoconcepto de García y Musitu (2001), evalúa la percepción que el individuo tiene de sí mismo desde varias escalas: familiar, social, emocional, físico y, escolar. Para el estudio se empleó la escala social, que permitió valorar las variables: habilidades para las relaciones interpersonales (facilidad para ampliar o mantener la red social) y cualidades para las relaciones interpersonales (ser amigable y alegre) a través de los ítems: 2, 7, 12, 17, 22, 27. La escala físico permitió medir la variable autoimagen que hace referencia a la percepción que tiene el adolescente de su aspecto físico (de gustarse, sentirse atractivo y elegante) y de su condición física (es bueno para hacer deporte), se midió con los ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30. Y a través de la sumatoria de los 30 ítems se obtuvo el nivel de autoconcepto: alto mayor a 65; autoconcepto medio 35 - 64; bajo 0 – 35. Cada enunciado es valorado por una escala tipo likert (1 al 3 o nunca, a veces y siempre) según grado de frecuencia que refiera sentirse. Es un instrumento que puede ser auto-administrado. (52) (Anexos 7)

Para presentación de los resultados de la esfera social y autovaloración física se seleccionó la opción de respuesta “siempre” de la escala de likert para cada uno de los ítems de cada enunciado para relacionarlo con el sexo.

El procedimiento para la aplicación de los instrumentos se realizó por grupos, en un salón dispuesto por los directivos de la institución, que reunió las características de buena iluminación, ventilación y tranquilo. El proceso se realizó bajo la supervisión del investigador quien orientó y respondió las inquietudes de los participantes, además la psicóloga del programa de medicina familiar aportó con su asesoramiento. Respetando las norma de la bioética de confidencialidad, autonomía y la voluntariedad de participar.

12.2.3 12.2.3. Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Sexo	Prueba psicométrica
Nivel de ansiedad estado	Prueba psicométrica
Nivel de ansiedad rasgo	Prueba psicométrica
Nivel de depresión	Prueba psicométrica
Habilidades positivas para las relaciones interpersonales	Prueba psicométrica
Cualidades positivas para las relaciones interpersonales	Prueba psicométrica
Autoconcepto físico positivo	Prueba psicométrica
Autoconcepto	Prueba psicométrica

12.2.4 12.2.4. Técnicas de análisis estadístico

Los datos recogidos se transportaron a una hoja de Microsoft Excel y posteriormente se exportaron a SPSS versión 15.0 para el análisis estadístico.

Se emplearon también medidas de carácter cuantitativo, como frecuencias y porcentajes presentados en tablas.

12.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de Escala
Sexo	Masculino Femenino	Número y por ciento	Cualitativa nominal dicotómica
Nivel de ansiedad estado	Leve Moderada Severa	Número por ciento	Cualitativa ordinal
Nivel de ansiedad rasgo	Leve Modera Severa	Número por ciento	Cualitativa ordinal
Nivel de depresión	Normal Leve Moderada Severa	Número por ciento	Cualitativa ordinal
Habilidades postivas para las relaciones interpersonales	-Nunca - A veces - Siempre	Número por ciento	Cualitativa nominal
Cualidades positivas para las relaciones interpersonales	-Nunca - A veces - Siempre	Número por ciento	Cualitativa nominal
Autoconcepto físico positivo	-Nunca - A veces - Siempre	Número por ciento	Cualitativa nominal
Autoconcepto	Alto Medio Bajo	Número por ciento	Cualitativa ordinal

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Participaron 104 adolescentes con malnutrición por exceso de la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez, 61(58,7%) correspondió al sexo femenino y 43(41,3%) al masculino, la media de edad fue de 13 años, con una mínima de 10 años y máxima de 15 años.

En relación a la ansiedad como estado, se encontró en 55,8% (58) de los adolescentes presentan ansiedad moderada, 30,8% (32) ansiedad leve y 13,4% (14) casos tienen nivel de ansiedad severa. (Tabla 1)

En relación al sexo se identificó en el sexo masculino mayor nivel de ansiedad moderada que en femenino 69,7% (30) vs 46% (28); mientras que para la ansiedad severa es más frecuente en el sexo femenino con 18% (11) y en el sexo masculino es 7% (3 casos); los resultados para la ansiedad leve mantienen esta tendencia de predominio en sexo femenino 36% (22) frente a 23,3% (10) en el masculino. (Tabla 1)

Tabla 1: Adolescentes con malnutrición con exceso según sexo y nivel de ansiedad estado. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Nivel de ansiedad estado	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	n	%	N°	%
Leve	10	23,3	22	36,0	32	30,8
Moderada	30	69,7	28	46,0	58	55,8
Severa	3	7,0	11	18,0	14	13,4
Total	43	100,0	58	100,0	104	100,0

En cuanto a la ansiedad como rasgo, predominó el nivel moderado con 65,4% (68), seguida del nivel severa con 26,9% (28) y la ansiedad leve 8 casos que representan el 7,7%. Referente al sexo, se encontró mayor diferencia en la ansiedad rasgo moderada, donde 68,8% (42) correspondió al sexo femenino y 60,5% (26) al masculino; en el caso de la ansiedad severa se observaron 14 casos en ambos sexos, que representó 32,5% para los hombres y 23% para las mujeres. (Tabla 2).

Tabla 2: Adolescentes con malnutrición con exceso según sexo y nivel de ansiedad rasgo. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Niveles de ansiedad rasgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	3	7,0	5	8,2	8	7,7
Moderada	26	60,5	42	68,8	68	65,4
Severa	14	32,5	14	23,0	28	26,9
Total	43	100,0	61	100,0	104	100,0

Los resultados obtenidos indicaron que 76% (79) de los adolescentes con malnutrición por exceso no presentaron depresión al momento del estudio, nivel leve se identificó en 14,4% (14), nivel moderada 3,8% (4) casos y con depresión severa 5,8%. Referente al sexo, en las adolescentes se observó mayor prevalencia de ansiedad moderada 4,9% y severa 8,2% que en el sexo masculino 2,3% (1) para ambos niveles de depresión. (Tabla 3).

Tabla 3: Adolescentes con malnutrición con exceso según sexo y nivel de depresión. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Niveles de depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	31	72,1	48	78,7	79	76,0
Leve	10	23,3	5	8,2	15	14,4
Moderada	1	2,3	3	4,9	4	3,8
Severa	1	2,3	5	8,2	6	5,8
Total	43	100,0	61	100,0	104	100,0

En la esfera social, específicamente en cuanto a la autoevaluación de las habilidades sociales para las relaciones interpersonales positivas, se encontró que los adolescentes con malnutrición por exceso declararon tener facilidad para conseguir amigos 54 (51,9) mientras que el 8,7% (9) le resulta difícil conseguir amigos. (Tabla 4)

Tabla 4: Adolescentes con malnutrición por exceso según habilidades positivas para las relaciones interpersonales y escala de frecuencia. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016.

Habilidades positivas para las relaciones interpersonales	Escala de frecuencia						Total	
	Nunca		A veces		Siempre		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Consigo fácilmente amigos	9	8,7	41	39,4	54	51,9	104	100,0
Trabajo hablar con desconocidos	47	45,2	36	34,6	21	20,2	104	100,0
Difícil para mí hacer amigos	53	51,0	31	29,8	20	19,2	104	100,0

Hablar con desconocidos no resultó difícil para 47 (45,2%) de los adolescentes, mientras que para 21 (20,2%) siempre le es difícil, en la opción a veces está el 36 (34,6%). Similar resultado se obtuvo en relación a hacer amigos, el 53 (51%) dijo que no tiene dificultad para hacer amigos, el 20 (19,2%) respondió que siempre tiene problemas (Tabla 4).

De la opción siempre se observó que el sexo femenino consideró que tiene mejores habilidades sociales para conseguir amigos fácilmente 34,6% (36), frente al 17,3% (18 casos) del sexo masculino, mientras que hablar con desconocidos 5,8% (6) y hacer amigos 3,8% que son 4 casos resultó menos difícil para los varones. (Tabla 5).

Tabla 5: Adolescentes con malnutrición por exceso según sexo y habilidades positivas para las relaciones interpersonales. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Habilidades positivas para las relaciones interpersonales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N = 104	
	n = 43		n = 61			
	N°	%	N°	%	N°	%
Consigo amigo fácilmente	18	17,3	36	34,6	54	51,9
Le cuesta hablar con desconocidos	6	5,8	15	14,4	21	20,2
Difícil hacer amigos	4	3,8	16	15,4	20	19,2

Continuando con la esfera social, el estudio de las cualidades para las

relaciones interpersonales permitió identificar que el 78 (75%) de los adolescentes con malnutrición por exceso se consideran alegres; 72 (69,2%) se cree que es amigable; y el 69 (66,3%) considera que tiene muchos amigos. (Tabla 6)

Tabla 6: Adolescentes con malnutrición por exceso según cualidades positivas para las relaciones interpersonales y escala de frecuencia. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016.

Cualidades para las relaciones interpersonales positivas	Escala de frecuencia						Total	
	Nunca		A veces		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soy un chico alegre	8	7,7	18	17,3	78	75,0	104	100,0
Soy amigable	9	8,7	23	22,1	72	69,2	104	100,0
Tengo muchos amigos	8	7,7	27	26,0	69	66,3	104	100,0

Por el contrario a lo anterior se identificó un grupo de adolescentes que presenta cualidades negativas para las relaciones interpersonales, 8 casos que representa 7,7% no se considera alegre; el 8,7% que son 9 casos piensa que es poco amigable y 7,7% (8) cree tener pocos amigos (ver tabla 6).

Tabla 7: Adolescentes con malnutrición por exceso según sexo y cualidades positivas para las relaciones interpersonales. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Cualidades positivas para las relaciones interpersonales	Sexo				Total n = 104	
	Masculino n = 43		Femenino n = 61			
	N	%	N	%	N	%
Tengo muchos amigos	29	27,8	40	38,5	69	66,3
Soy amigable	26	25	46	44,2	72	69,2
Soy un chico alegre	26	25	52	50	78	75

Se consideró la opción “siempre” para evaluar de acuerdo al sexo, las

adolescentes se identificaron como amigables 38,5% (40); alegres 50% (52) y que poseen muchos amigos el 38,5%.

En tanto que los hombres se identificó con menos cualidades para las relaciones interpersonales. (Tabla 7)

Referente a la valoración positiva de su imagen física los adolescentes respondieron que siempre cuidan de su físico el 51% (53) se gusta y se siente bien con su aspecto el 57,7% (60), se cree atractivo solo un 28,8% que son 30 casos. También se identificó que el 26% es decir 27 adolescentes no se consideran atractivos, y 13 que representa 12,5% no se agrada físicamente. (Tabla 8)

Tabla 8: Adolescentes con malnutrición por exceso según escala de valoración y autoconcepto físico positivo. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Autoconcepto físico positivo	Escala de frecuencia						Total	
	Nunca		A veces		Siempre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Me cuido físicamente	6	5,7	45	43,3	53	51	104	100,0
Me considero elegante	23	22,1	54	51,9	27	26	104	100,0
Me gusta como soy físicamente	13	12,5	31	29,8	60	57,7	104	100,0
Me buscan para el deporte	22	21,2	40	38,5	42	40,3	104	100,0
Soy bueno haciendo deporte	11	10,6	51	49	42	40,4	104	100,0
Soy una persona atractiva	27	26,0	47	45,2	30	28,8	104	100,0

En relación al sexo, se encontró que las adolescentes se identificaron como más atractivas el 18,3% que son 19 casos, más elegantes el 16,4% (17) y se consideran más hábiles para el deporte 25% (26), que los adolescentes masculinos. (Tabla 9)

Tabla 9: Adolescentes con malnutrición por exceso según sexo y autoconcepto físico positivo. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Autoconcepto físico positivo	Masculino n = 43		Femenino n = 61		Ambos sexos N = 104	
	N	%	N	%	N	%
Me cuido físicamente	17	16,4	36	34,6	53	51,0
Me considero elegante	10	9,6	17	16,4	27	26,0
Me gusta como soy físicamente	23	22,1	37	35,6	60	57,7
Me buscan para el deporte	21	20,2	21	20,1	42	40,3
Soy bueno haciendo deporte	16	15,4	26	25	42	40,4
Soy una persona atractiva	11	10,5	19	18,3	30	28,8

En relación al autoconcepto se obtuvo que ambos sexos presentó nivel medio de adecuación 6,7% (7) y alto 93,3% (97). (Tabla 10)

Tabla 10: Adolescentes con malnutrición por exceso según nivel de autoconcepto y sexo. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016

Niveles de autoconcepto	Sexo				Total n= 104	
	Masculino (n= 43)		Femenino (n= 61)			
	N	%	N	%	N	%
Alto	39	37,6	58	55,7	97	93,3
Medio	4	3,8	3	2,9	7	6,7
Bajo	0	0	0	0	0	0
Total	43	41,4	61	58,6	104	100,0

14 DISCUSIÓN

Esta investigación se planteo con el objetivo de determinar las manifestaciones psicológicas y sociales asociadas a la malnutrición por exceso en los adolescentes de la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velázquez de la parroquia Pascuales, se considera que la malnutrición por exceso en los adolescentes constituye un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías como ansiedad y depresión (1,20,32).

La ansiedad es un trastorno emocional que es asociado con frecuencia a la malnutrición por exceso, mientras que otros la consideran una comorbilidad de los desórdenes alimentarios. (58) La autora de éste estudio encontró ansiedad como estado de nivel moderado en más de la mitad del total de la población de adolescentes estudiada, alcanzando una cifra del 55,8 %, con mayor prevalencia en el sexo femenino, igualmente cifras no despreciables se observaron en la taxonomía de leve, y por otra parte resulta revelador que más del 10% mostró sintomatología que pudo ser clasificada como severa.

Este hallazgo llama la atención pues vinculadas a este diagnóstico se expresan toda una serie de repercusiones psicofisiológicas que según el grado su expresión pueden considerarse una seria amenaza para la salud general de los jóvenes, con profundas derivaciones incluso en la vida escolar y social, por lo que merece una especial atención por parte del médico familiar.

Igualmente se evaluó la ansiedad como rasgo, es decir que forma parte de la estructuración personalógica del adolescente y coincidentemente fue mayor en moderada con 65,4% con un acumulado junto a la severa 93% del total de la población, lo cual se considera como una importante señal de alerta para la salud.

Los resultados encontrados superan los reportados por Portillo-Reyes 2016, que observó 20% de ansiedad en niños mexicanos de 8 a 12 años de edad (59), Lacunza et al 2015, en su estudio sobre la personalidad de adolescentes con sobrepeso y obesidad escolarizados en Tucumán, identificó 43,5% de neurotismo situación que engloba mayor reactividad ante presiones o exigencias, altos niveles de efectos negativos asociados a depresión y ansiedad frecuente,(60) y los de Radilla, 2015 que obtuvo 27% y 22% de ansiedad en adolescentes obesos y con sobrepeso respectivamente en México DF.(61)

Así mismo Calderón 2010, reportó ansiedad estado 12% y como rasgo 11%, además éste autor considera que estos adolescentes tienden a confundir los estados emocionales con sensación de hambre y saciedad. (62) Éste autor empleó para su estudio de la ansiedad el test IDARE, por lo que en opinión de ésta autora es posible comparar los estudios.

Partiendo de los supuestos anteriores se puede observar una diferencia que apunta a una mayor vulnerabilidad en la población estudiada en Pascuales con respecto a estudios realizados en México, Colombia y Argentina, a juicio de la autora debe ser considerada la impronta del ambiente de donde proviene la

muestra caracterizado por ser un sector con serios problemas sociales, económicos y de inseguridad aspectos que generan un patrón de amenaza e incertidumbre desde la propia familia y el establecimiento escolar.

Los resultados de este estudio determinaron que los adolescentes presentaban sintomatología depresiva fundamentalmente leve en el 76% de los estudiados, cabe señalar como dato relevante que seis estudiantes (5,8%) presentan niveles severos, que se manifiesta con desmotivación, culpabilidad, decepción de sí mismo y sentimientos de tristeza, presentes en los estudiados. Sin embargo otros autores como Portillo 2016, expresan niveles de depresión asociado a ansiedad en el 30% de los niños mexicanos estudiados (59); datos similares obtuvo Morrison, 2015 (17) que obtuvo 36.4% de depresión en adolescentes obesos en Estados Unidos, no obstante investigaciones realizadas en adolescentes colombianos por Herazo 2013, demuestran que los síntomas depresivos no se asocian con la percepción del peso corporal. (63)

La malnutrición por exceso se presenta como un problema de salud que coincide con patología mental, que se manifiesta con síntomas depresivos, Rusell-Mayhew et al. (2012) realizaron análisis de la bibliografía existente y concluyeron que la depresión se asocia a la obesidad de forma bidireccional es decir como causa y consecuencia. (64) Portillo identificó que los obesos a más de la depresión y la ansiedad presentaron mayores problemas emocionales y sociales que la población de normo pesos y desnutridos como: problemas de atención, conducta agresiva, aislamiento y problemas sociales. (59)

Desde el punto de vista de esta autora los resultados observados deben ser considerados por el médico familiar ya que la depresión puede conllevar a otros problemas de salud, en especial los adolescentes que presentan nivel moderado y severo que junto a otros problemas sociales identificados en el medio incrementan la vulnerabilidad de este grupo poblacional. No deja de ser importante la depresión leve que pone de manifiesto inestabilidad emocional de los adolescentes, por tanto es vital relevancia la evaluación integral del adolescente.

Se ha descrito que la obesidad es una patología multidimensional de gran prevalencia a nivel mundial, que incluye elementos sociales, estilos de vida y hábitos alimentarios que desde la perspectiva social y cultural sigue considerándose hoy en día el modelo de belleza esbelto como sinónimo de belleza y como requisito para ser aceptado (21) por tanto se considera que alejarse de este patrón limitaría el desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes, de allí, el interés de este estudio de describir la esfera social del adolescente con malnutrición por exceso.

En este estudio la esfera social de los adolescentes se encontró que no existe mayores limitaciones en las habilidades sociales para establecer relaciones interpersonales con sus pares 51,9% y trabajo para hablar con desconocidos el 45,2%, es decir un grupo mayoritario tiene de acuerdo a la evaluación del cuestionario AF5 habilidades sociales adecuadas, no se identificó en ellos timidez, ni ansiedad social, ni retraimiento. Sin embargo en opinión de la

autora se considera importante mencionar que en un grupo minoritario de adolescentes se observó déficit social, para establecer nuevas relaciones 8,7%.

Hallazgos de Lacunza (2013) en adolescentes con sobrepeso y obesidad escolarizados en Tucumán demostraron déficit para establecer relaciones socialmente satisfactorias con pares y adultos, manifiesta como retraimiento, ansiedad social y timidez, con tendencia a evitar el contacto social. (65) Por su parte Lacunza et al. (2015) en la misma provincia de Tucumán identificaron tendencia a la extraversión en el 17,4% de los adolescentes. (60) Es importante precisar que en ambos estudios los autores no lograron precisar un perfil psicopatológico característico en los adolescentes con obesidad.

Un grupo que representan el 20% de la población estudiada tiene dificultad para relacionarse con desconocidos, lo cual es similar a la tendencia hallada por Portillo et al. en niños mexicanos con sobrepeso del 27%(59), aunque también este dato puede obedecer a la inseguridad social anteriormente explicada del contexto donde está enclavado el establecimiento docente.

Las niñas en sentido general mostraron mejores habilidades que sus coetáneos masculinos aunque no se estableció mediante pruebas estadísticas que corroboraran esta afirmación. Estos resultados son similares a los de Meza – Peña, 2016 en adolescentes españoles (66), cuyo autor además empleó el mismo instrumento de evaluación.

En la tabla 6 se muestran resultados de la autovaloración del adolescente con respecto a sus cualidades en las relaciones sociales, resultó que la mayoría de ellos tienen una autovaloración adecuada de estas cualidades considerándose alegres, amigables y con muchos amigos, lo cual está en concordancia con los resultados de otros ítems de la misma evaluación donde ellos significaron que no eran tímidos o retraídos (tabla 4). Estudios sobre el autoconcepto en adolescentes con malnutrición por exceso han permitido identificar que el autoconcepto social no es diferente al de los normopeso o desnutridos. (66)

No obstante, se identificó una tendencia de los adolescentes con malnutrición por exceso a percibirse con mayor extraversión según Lacunza (60), lo que permite a este autor hipotetizar que el adolescente obeso puede compensar cierta estigmatización y presión social con comportamientos asertivos, más sociables y tendientes a agrandar a los demás especialmente a sus pares que en esta etapa del ciclo vital constituyen su prioridad, y tienen la necesidad de sentirse aceptados por ellos.

Son numerosos los estudios a cerca de la autoimagen en la etapa de la adolescencia (67,68) igualmente frecuentes resultan aquellos que se dirigen a adolescentes con trastornos de la alimentación (69,70) por tanto es interesante ver cómo se comporta este fenómeno en relación con la malnutrición por exceso.

Con respecto a lo anterior se obtuvo que su autoimagen es adecuada con una agrupación mayor de la población en la categoría “siempre”, de lo que se

deduce que se sienten bien en cuanto a su imagen y participación en actividades físicas, una distribución más homogénea se encuentra en su percepción de la elegancia y el ser atractivos donde las cifras negativas son prácticamente similares a las positivas e indican cierta inseguridad en estas categorías en “elegante” 22 contra 26 y “atractiva” 26 contra 28.

En el estudio se encontró que los adolescentes se aceptan físicamente, es decir, tienen una autopercepción adecuada respecto a su peso, e imagen corporal sin embargo, parece ser que el adolescente con malnutrición por exceso no percibe su estado como un problema inquietante que amenace su salud, por lo tanto no hay un impacto sobre los demás aspectos psicosociales evaluados en este estudio.

Esto contrasta con lo descrito desde el punto de vista de la psicología, que dice que la adolescencia es una etapa en que los chicos luchan por acoplarse al modelo de belleza corporal del momento, que en la sociedad occidental lo constituye la “delgadez”, observándose en las chicas mayor vulnerabilidad a la presión social, mayor preocupación por su aspecto físico y mayor tendencia a conductas de riesgo para reducir su peso y medidas, que asociado a la influencia del grupo familiar y social que según actúe como crítico o elogiador determinarán una autovaloración positiva o negativa.(9)

La insatisfacción corporal del adolescente predispone a problemas de ansiedad, depresión y baja autoestima que redundan en el rendimiento académico, funcionamiento familiar, relaciones sociales. (20)

El estudio difiere de lo encontrado por Moreno, 2013 en Andalucía, quien realizó un estudio comparativo por ciclos de vida sobre el Autoconcepto físico, aunque no existieron diferencias significativas, los adolescentes obtuvieron las menores puntuaciones, es decir menor autovaloración de la imagen corporal. (71) Resultados similares obtuvo Ureña, 2015 en adolescentes de una provincia de Costa Rica donde el 14% de los participantes estaba insatisfecho con su imagen corporal. (72) Erazo, 2013 en Bogotá encontró que 14% se consideraba con peso alto, y disconforme con su imagen. (63) Sánchez – Ruiz, 2015 en su estudio en México encontraron que el 94% de los adolescentes se identificaba con menor peso del que tenía, y en igual proporción deseaban una figura más esbelta. (73)

A través de la investigación se identificó que las adolescentes tienen mejor valoración de su autoimagen que los adolescentes masculinos, se consideran elegantes (16,4% vs 9,6%), se gustan físicamente (35,6% vs 22,1%) respectivamente, esto contrasta con lo obtenido por Becerra et al., 2014 en España donde las niñas desean tener una figura más esbelta que los niños, asociado a niveles más bajos de autoestima en comparación con sus homólogos de sexo masculino.(74) y con lo identificado por Meza 2016 donde el sexo femenino presenta menor autovaloración de su imagen.(66)

Es importante además indicar que en el medio familiar, comunitario, de los estudiantes existe alta prevalencia de malnutrición por exceso, como lo indica

ENSANUT 2013, en todos los grupos poblacionales, (4) lo que en opinión de la autora conlleva al concepto que un IMC por encima del ideal es común y no se perciba como negativo. Desde la atención primaria se sigue observando que los padres mantienen el concepto que los hijos gorditos son saludables y están en mejores condiciones para el desarrollo, situación que conlleva a impulsar estilos de vida poco saludables.

Por otro lado, en el estudio el tener malnutrición por exceso no tuvo una expresión negativa en el autoconcepto, dado que el 93,3% se autovaloró adecuadamente, los adolescentes no se sienten desvalorados por la familia, ni se autocritican, probablemente como se señaló anteriormente se debe a que socialmente se ha aceptado el sobrepeso y obesidad en las zonas marginales en el país tanto en niños, adolescentes y adultos, esto explica que los adolescentes consideran como normal y socialmente aceptable tener un peso por arriba del ideal.

Estudios realizados por Gálvez – Casa et al, 2015 en escolares españoles observó en promedio niveles aceptables de autoconcepto, sin embargo en relación a los normopeso, el grupo de estudiantes con malnutrición por exceso mostraron niveles más bajos, y valores mucho menores los adolescentes con sobrepeso y obesidad sedentarios.(75) Así mismo Reigal Garrido, 2014 refiere asociación entre el nivel de grasa corporal, la actividad física y el autoconcepto, entre más adecuada la composición corporal mejor nivel de autoconcepto. (76) Meza Peña, 2016 empleó el formulario AF5 y coincide con lo anterior, los adolescentes obesos presentan menor autoconcepto y es más evidente en el sexo femenino.(66)

Se considera que el estudio presentado es de trascendencia al ser el primero en este contexto con enfoque integral biopsicosocial, que buscó establecer, en un mismo estudio, el impacto de la malnutrición por exceso en varios aspectos psicosociales a la vez, en una etapa del ciclo vital tan vulnerable como es la adolescencia, para un ambiente tan comprometido en varios renglones sociales, como lo es el área atendida por el centro de salud de Pascuales.

El dar a conocer si los adolescentes con obesidad realmente presentan trastornos psicosociales permitirá, en primer lugar, crear conciencia acerca del alcance de las consecuencias de este desorden alimentario, y posteriormente establecer estrategias encaminadas a minimizar estos efectos. Partiendo de un enfoque preventivo en el control de las enfermedades, es conocido que al intervenir de una manera temprana se pueden otorgar mejores oportunidades de salud a los adolescentes obesos; lo que, a largo plazo, repercutirá en la formación de ciudadanos más íntegros y saludables.

15 CONCLUSIONES

Entre los adolescentes con malnutrición por exceso estudiados sobresalieron las mujeres, en general presentaron afectación de su esfera emocional, donde se identificó ansiedad como estado y rasgo en nivel moderada y en algunos casos severa, además se observaron síntomas severos de depresión en un grupo pequeño de adolescentes fundamentalmente féminas, aunque en general no presentan esta afectación en su esfera emocional.

Los adolescentes en general calificaron sus habilidades sociales como adecuadas para las relaciones interpersonales, así como autopercepción positiva de las cualidades que favorecen su integración social, entre ellas el ser alegres y amigables.

La autovaloración física de los adolescentes con malnutrición por exceso fue positiva, aceptándose físicamente, protegiendo su autoconcepto global.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de los innegables aportes de la presente investigación, quedan algunas insatisfacciones que aunque no desmeritan los resultados se deben considerar en próximos estudios, entre ellos tenemos los siguientes:

La población de estudio estuvo restringida a un solo establecimiento docente, por lo que sería oportuno incrementar la muestra en estudios futuros, para abarcar la población de adolescentes en los diversos establecimientos de educación de la comunidad de Pascuales, con edades que abarque la etapa de la adolescencia temprana y tardía.

El diseño de investigación permitió al ser descriptivo identificar los problemas en la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso, si embargo dados los resultados, se plantea seguir con la línea de investigación en función de mejorar el alcance del estudio incorporando otros diseños que incluyan grupos de control de normo peso y bajo peso, así como diferenciar el grupo en diferentes clases de edad con los que seríamos capaces de explicar las diferencias que se pueden dar en la perspectiva de la autoimagen con respecto al peso y las repercusiones que ello puede generar en la esfera afectiva, para que logre un mayor alcance pronóstico y de generalización a otras poblaciones.

También se cree importante indagar con más profundidad en la esfera afectiva del adolescente en la localidad de Pascuales, dado la alta prevalencia observada en estos resultados de psicopatología tanto ansiosa como depresiva que llevo a clasificar como de nivel severo.

17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva 311.[en internet]. Junio 2016.[citado 4 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*.2014; 311(8):806-814. Doi:10.1001/jama.2014.732.
3. World Bank, UNICEF, WHO. Child Malnutrition Estimates. New York: UNICEF; Geneva: WHO; Washington, DC: The Worldbank; 2012.
4. Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resumen Ejecutivo. Tomo I. Quito: MSP, Estadísticas; 2013.
5. Ramos O, Ferraro M, Franchello A. Obesidad. En: Voyer L, editor. *Pediatría*. 3ª ed. Buenos Aires: Journal; 2011. p. 194-197.
6. Borrás P, Ugarriza L. Obesidad infantil: nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. *Apunts Med Sport*. 2013; 48 (178):63-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apunts.2012.09.004>
7. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [en internet].;2013[citado 4 octubre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
8. Organización Mundial de la Salud.[en internet] Informe Health for the world's adolescents. 14 mayo 2014. Ginebra. [citado 4 octubre 2016] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
9. De Llanos Serra E. La corporalidad adolescente. En: Aguirre A, editor. *Psicología del adolescente*. Barcelona: Boixareu Universitaria; 1994. P 65-75.
10. Jansen P, et al. Relación del sobrepeso con la victimización y la perpetración del bullying entre escolares. *Pediatrics* 2014; 134; 47
11. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar y Comunitario. Quito; 2013.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [en internet];2014[consultado 7 septiembre 2015] disponible en: http://who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.

pdf?ua=1&ua=1

13. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitaria Mundiales 2014. Ginebra. 2014. pág. 116. ISBN 978 92 4 069269 5 (PDF)

14. Sánchez Cruz J, Jimenez Moleón J, Fernandez Quesada F, Sánchez M. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev. Esp. Cardiol.* 2013;66(5): 371-6. Disponibles en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.016>

15. Organización Panamericana de la Salud. Países de las Américas se compromete a adoptar medidas para reducir la obesidad infantil [en internet].; 2014 [consultado 7 Septiembre 2015]. Washington, D.C. OPS/OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10057%3A2014-countries-pledge-action-to-reduce-child-obesity-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es

16. Gall K, et al. Obesity and emotional well-being in adolescents: Roles of body dissatisfaction, loss of control eating, and self-rated health. *Obesity.* 2016;24(4):837-42. doi: 10.1002/oby.21428. Epub 2016 Feb 6.

17. Morrison KM, Shin S, Tarnopolsky M, Taylor VH. Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *Journal of Affective Disorders.* 2015;172: 18–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.014>

18. Puig V, Rodríguez C. Obesidad y síndrome metabólico. En: Rozman C, director. *Medicina Interna.* 17^{ava} ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 1796-1801

19. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención integral del adolescente. Quito: Poligráfica CA; 2009

20. Gahagan S. Sobrepeso y Obesidad. En Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Tratado de Pediatría.* 19th ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 191 - 200.

21. Medina F, Aguilar A, Solé – Cedeño J. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2014; 34(1):67-71. DOI: 10.12873/341medina.

22. Alzeta T, Gánovas P. Estado nutricional infantil y estilos educativos familiares: apreciación de expertos. *Experc. Nutr.Humana.* 2013; 15(2):185-99.

23. Güemes M, Muños M. Obesidad en la infancia y la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2015; XIX (6): 412-27.

24. Grupo del Banco Mundial. Obesidad en Latinoamérica: ¿Somos los más

pesados del mundo?[en internet];2013 [consultado 7 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/11/19/obesidad-america-latina>

25. Cano Pérez JF, Santos Tomás P. Crecimiento y desarrollo. En: Zurro MA, Cano Pérez JF , editor. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2014.p. 927 - 945.

26. Castro A, Toledo Rojas A, Macedo de la Concha LE, Inclán Rubio V. LA obesidad infantil, un problema de salud multisistémico. Revista médica del hospital general de México. 2012 Enero - marzo; 75(1): 75-79.

27. Cano Perez JF, Santos TP. Obesidad. Síndrome metabólico. En: Zurro MA, Cano Pérez JF, Badía GJ, editores. Atención Primaria Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familiar. Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 217 - 238.

28. González J. Obesidad: análisis etiopatogénico y fisiopatológico. Endocrinol Nutr. 2013; 60(1):17-24. doi: 10.1016/j.endonu.2012.03.006.

29. Murrin CM, Kelly GE, Kelleher CC. Body mass index and height over three generations: evidence from the Lifeways cross-generational cohort study. BMC Public Health. 2012;12: 81. doi: 10.1186/1471-2458-12-81.

30. González E, Aguilar M, Padilla C, García I. Obesidad monogénica humana: papel de la leptina- melanocortina en la regulación de alimentos y el peso corporal en humanos. An. Sist. Sanit. Navar. 2012 Mayo; 35(2): 285-293.

31. García M, Peña M, Hermelo M, Martínez G. Obesidad. En de la Torre E, Pelayo E, editores. Pediatría. Tomo I. 5 ed. La Habana. Editorial Ciencia Médicas; 2006. p. 264-73.

32. Reyna L. Consecuencias de la obesidad en niños y adolescentes: un problema que requiere atención. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2012; 29(3): 357-60.

33. Rosenberg D, Vandana P, Chiriboga J. Trastorno de ansiedad. En: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Behrman RE, Geme St. J, editores. Nelson. Tratado de Pediatría. 19th edición. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 82-88.

34. Batlle S, et al. Psicopatología de la infancia y la adolescencia. En: Bras i Marquilla J, de la Flor i Bru J, editores. Pediatría en atención primaria. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.p.686-704.

35. Rodríguez L. Trastorno de ansiedad. En: Voyer L, editor. Pediatría. 3ª ed.

Buenos Aires: Journal; 2011. p. 212-213.

36. Heather J, DeMaso W, DeMaso D. Trastornos del humor. En: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Behrman RE, Geme St. J, editores. Nelson. Tratado de Pediatría. 19th edición. Barcelona: Elsevier; 2013. p.88-93.

37. Carrillo L, Uribe M, Méndez M. Antecedentes históricos de la obesidad. En: León J, director. Obesidad. Conceptos clínicos y terapéuticos. 3ª ed. México. McGraw-Hill Educación. 2013. p.1-18.

38. Organización MS. Desarrollo en la adolescencia [sede Web]. Ginebra; 2016 [consultado 8 octubre 2016] disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es

39. Cromer B. Desarrollo físico y social en la adolescencia En: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Behrman RE, Geme St. J, editores. Nelson. Tratado de Pediatría. 19th edición. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 680 - 686.

40. Girad G, Calvo S, Becerra E, Bellusci F. Adolescencia. En: Voyer L, editor. Pediatría. 3ª ed. Buenos Aires: Journal; 2011. p. 138-154.

41. Iglesias Díz J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2013; XVII (2): p. 88-93.

42. Salmeron M, Casas J. Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII (2): 94- 100.

43. Sabriá Pau J. Evolución psicológica del niño y el adolescentes. En: Bras i Marquilla J, de la Flor i Bru J, editores. *Pediatría en atención primaria*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.p.109-14.

44. Red de Apoyo por la Justicia y la Paz. Desarrollo adolescente y derechos humanos. Caracas: Red de Apoyo por la Justicia y la Paz; 2011.

45. Martínez C. Desarrollo psicológico normal. En: de la Torre E, Pelayo E, editores. *Pediatría I*. 5ta ed. La Habana: ciencias médicas; 2006.p. 59-86.

46. González I. Socialización en el adolescente. En: Aguirre A, editor. *Psicología del adolescente*. Barcelona: Boixareu Universitaria; 1994.p. 215-239.

47. Becerra G, Simkin H, El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*; 2013. XXIV (47)119-142. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14529884005>. Fecha de consulta: 12 de octubre de 2016.

48. Labajos J. Identidad del adolescente. En: Aguirre A, editor. Psicología del adolescente. Barcelona: Boixareu Universitaria; 1994. P 173-194
49. Rodríguez C, Caño A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategia de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12(3): 389-403
50. Cazalla Luna N, Molero D. Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*. 2013; 10: 43-64.
51. Silva I, Mejía O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*. 2015; 19(1):241-56. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1.13>
52. García F, Musitu G. Manual AF-5 Autoconcepto. 4ta ed. Madrid: Tea ediciones; 2014.
53. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi – Manabí. 2008
54. SEMPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2107. Quito. 2013. ISBN-978-9942-07-448-5.
55. Ministerio de Salud Pública. Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Dirección Nacional de Normatización. Quito. 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
56. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2010. Disponible en: www.academia.edu/6399195/Metodologia-de-la-investigacion-5ta-Edicion-Sampieri
57. González F. Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana. Editorial Ciencia Médicas. 2007
58. López C, Rainmann X, Gaetep V. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Rev. Med Cli. Condes*. 2015. 26(1): 24- 33
59. Portillo V, Pérez M, Loya Y, Hidalgo N, Puente A. Perfiles psicopatológicos de niños obesos y desnutridos medidos con el CBCL/6-18. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2016; 48: 108-116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.10.001>.
60. Lacunza A, Caballero S, Salazar R, Sal J, Filgueira J. Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Psicología y Salud*. 2015; 25(1): 5-14.
61. Radilla C, et al. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su

asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2015; 21(1):15-21. DOI:10.14642/RENC.2015.21.1.5037.

62. Calderón C, Fornes M, Varea V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2010 [citado agosto 2015]; 25(4): 641-647. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017&lng=es

63. Herazo E, Villamil M. Relación entre síntomas depresivos, índice de masa corporal y autopercepción del peso en adolescentes escolares. *Rev. Salud Uninorte*. 2013; 29(3):368-373.

64. Rusell S, McVey G, Bardick A, Ireland A. Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal Obesity* [internet]. 2012 [citado 5 de junio 2016];2012 [about 9 p]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/job/2012/281801/citations/>

65. Lacunza A, Caballero S, Salazar R, Sal J, Filgueira J. Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas*. 2015; 7(1):25-32.

66. Meza-Peña, C.; Pompa-Guajardo, E. G. Género, obesidad y autoconcepto en una muestra de adolescentes de México. *RICYDE. Revista internacional de ciencias del deporte*. 2016; 44(12): 137-148. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5232/ricyde2016.04404>

67. Redondo CG, et al. Autoimagen en las dos primeras fases de la adolescencia y factores relacionados. *BOL PEDIATR* 2014; 54: 5-13

68. Rizo-Baeza M, Cortés-Castell E, Brauer N, Kuzmar-Daza I, García-Galbis MR. Distortion of self-image: risk factor for obesity in children and teenagers. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2014; 18(4): 212 - 217.

69. Camarillo-Ochoa N, CabadaRamos E, Gómez-Méndez AJ, Munguía-Alamilla EK. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir* 2013;18:51-55.

70. Chaulet S, Riquin E, Avarello G, Malka J, Duverger P. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *EMC- Pediatría*. 2015; 50(3). [http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789\(15\)72932-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789(15)72932-X)

71. Molero D, Cachón J, Zagalaz ML. Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología del Deporte*. 2013; 22: 135-142.

72. Ureña P, Romero L, Cabrera J. Calidad de vida, indicadores antropométricos y satisfacción corporal en un grupo de jóvenes colegiales. *RETOS*. 2015; (27): 62-66.
73. Sánchez J, Ruiz A. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [Internet]. 2015 [citado 22 mayo 2016]; 6(1):38-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>
74. Becerra M, Muros J, Cuadros J, Sánchez J, González M. Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años. *Anales de Pediatría*. 2015; 83(5): 311-317.
75. Gálvez Casas A, et al. Capacidad aeróbica, estado de peso y autoconcepto en escolares de primaria. *Clin. Investig Arterioscler*. 2015;30(20): 8 hojas. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2015.10.002>
76. Reigal-Garrido RE, Becerra-Fernández C, Hernández-Mendo A, Martín-Tamayo I. Relación del autoconcepto con la condición física y la composición corporal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. 2014; 30(3):1079-1085. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731690028>

18 ANEXOS

Anexo 1: Información general del consentimiento informado.

Nombre estudio: Caracterización psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso de la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016.

Investigador (ar): María Eugenia Reyes Ajila

Teléfono: 0984887106

Información

1. Introducción

Estamos investigando sobre las consecuencias de la malnutrición por exceso en los adolescentes en el área psicológica, emocional y social. Le invitamos a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar sobre la investigación con alguien que se sienta cómodo.

2. Propósito u objetivo del estudio: No existe hasta ahora un estudio en la comunidad que demuestre cuales con las repercusiones psicosociales que provoca la malnutrición por exceso en los adolescentes. Por tal motivo se plantea averiguar cuáles son esas consecuencias en la esfera social, psicológica y en la autovaloración.

3. Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá un único encuentro en el que se aplicaran los diferentes test seleccionados para la investigación.

4. Selección de participantes: Las personas seleccionadas para el estudio son los adolescentes que presenta problemas de malnutrición por exceso es decir sobrepeso y obesidad tanto hombres como mujeres.

5. Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

6. Procedimientos y Protocolo: Para realizar el estudio se conformaran grupos de estudiantes a quienes se les entregará tres cuestionarios para que sean llenados individualmente en un tiempo de 30 minutos.

7. Beneficios

Si usted participa en esta investigación. Puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación, aporte beneficios a la sociedad, al establecimiento educativo, a la atención primaria y que las generaciones futuras se beneficien.

8. Confidencialidad

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos mediante este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recoga durante la investigación será de uso exclusivo del investigador.

Anexo 2. Formulario de Consentimiento del Director del establecimiento educativo.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente que en la institución a la cual represento se realice esta investigación y entiendo que como autoridad tengo el derecho de decidir que no continúe la investigación si afecta la integralidad de los estudiantes en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Director del Centro Educativo_____

Firma del Director_____

Fecha _____

Día/mes/año

Anexo 3: Formulario de Consentimiento del representante y estudiante.

Yo..... con cédula de ciudadanía #.....como representante del estudiante que ha sido seleccionado para participar en la investigación. He leído la información proporcionada por la doctora..... y comprendido la importancia del estudio para el bienestar de los adolescentes la cual no tiene ningún interés económico.

Consiento que mi representado voluntariamente participe en esta investigación que comprende el llenado de cuestionarios tipo test y entiendo que tengo el derecho de retirarlo de la investigación en cualquier momento, sin que se afecte en ninguna manera el cuidado médico, ni las actividades escolares, ni el trato con sus maestros.

Firma del representante _____ Fecha _____

Firma del estudiante ----- Fecha -----

Firma del médico: _____
Fecha _____

Teléfono: 0984887106

Correo electrónico: maera21@hotmail.com.

Anexo 4: Inventario de ansiedad estado rasgo (IDARE)

Ansiedad – Estado

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas.

ITEM	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Anexo 5: inventario de ansiedad rasgo (IDARE)

ITEM	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1	2	3	4
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento inseguro	1	2	3	4
34. No suelo afrontar crisis o dificultades	1	2	3	4
35. Me siento triste (melancólico)	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlo	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	1	2	3	4

Anexo 6: Cuestionario de depresión de Beck

1.	a.	No me siento triste
	b.	Me siento triste
	c.	Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza
	d.	Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo
2.	a.	No me siento especialmente desanimado ante el futuro
	b.	Me siento desanimado con respecto al futuro
	c.	Siento que no tengo nada que esperar
	d.	Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3.	a.	No creo que sea un fracaso.
	b.	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
	c.	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.
	d.	Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.	a.	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
	b.	No disfruto de las cosas de la manera es que solía hacerlo.
	c.	Yo no tengo verdadera satisfacción de nada
	d.	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.	a.	No me siento especialmente culpable
	b.	No me siento culpable una buena parte del tiempo.
	c.	Me siento culpable casi siempre.
	d.	Me siento culpable siempre.
6.	a.	No creo que este siendo castigado
	b.	Creo que puedo ser castigado
	c.	Espero ser castigado
	d.	Creo que estoy siendo castigado.
7.	a.	No me siento decepcionado de mi mismo.
	b.	Me he decepcionado a mí mismo.
	c.	Estoy disgustado conmigo mismo.
	d.	Me odio.
8.	a.	No creo ser peor que los demás
	b.	Me critico por mis debilidades o errores.
	c.	Me culpo siempre por mis errores.
	d.	Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.	a.	No pienso en matarme.
	b.	Pienso en matarme, pero no lo haría.
	c.	Me gustaría matarme.
	d.	Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.	a.	No lloro más de lo de costumbre
	b.	Ahora lloro más de los que solía hacer.
	c.	Ahora lloro todo el tiempo.
	d.	Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.	a.	Las cosas no me irritan más que de costumbre.
	b.	Las cosas me irritan más que de costumbre.
	c.	Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
	d.	Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.	a.	No he perdido el interés por otras cosas.
	b.	Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
	c.	He perdido casi todo el interés por otras personas.
	d.	He perdido todo mi interés por otras personas.
13.	a.	Tomo decisiones casi siempre.
	b.	Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
	c.	Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
	d.	Ya no puedo tomar decisiones.
14.	a.	No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
	b.	Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.

	c. d.	Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y aparezco poco atractivo. Creo que me veo feo.
15.	a. b. c. d.	Puedo trabajar también como antes. Me cuesta esfuerzo empezar a hacer algo. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. No puedo trabajar en absoluto.
16.	a. b. c. d.	Puedo dormir tan bien como antes. No puedo dormir tan bien como solía. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho dormir Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17.	a. b. c. d.	No me canso más que de costumbre. Me canso más fácilmente que de costumbre. Me canso sin hacer nada. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18.	a. b. c. d.	Mi apetito no es peor que de costumbre. Mi apetito no es tan bueno como solía ser. Mi apetito esta mucho peor ahora. Ya no tengo apetito
19.	a. b. c. d.	No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente. He rebajado más de dos kilos y medio. He rebajado más de cinco kilos. He rebajado más de siete kilos y medio
20.	a. b. c. d.	No me preocupo de mi salud más que de costumbre. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21.	a. b. c. d.	No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias.

Anexo 7: CUESTIONARIO DEL TEST AF 5

INSTRUCCIONES

Lea cada frase cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 3, según su grado de acuerdo con cada frase.

Por ejemplo si una frase dice **“La música ayuda al bienestar humano”** y Ud. está muy de acuerdo contestará con un valor alto, (3).

Por el contrario si Ud. no está de acuerdo contestará con un valor bajo, (1).

No olvide que dispone de tres opciones de respuesta (1, 2, 3). Escoja el que mejor se adecúe a su criterio.**(conteste con la máxima sinceridad)**

ITEMS	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Hago bien los trabajos escolares (profesionales)	
2	Consigo fácilmente amigos/as	
3	Tengo miedo de algunas cosas	
4	Soy muy criticado/a en casa	
5	Me cuido físicamente	
6	Superiores (profesoras/es) consideran buen trabajador/a	
7	Soy amigable	
8	Muchas cosas me ponen nerviosa/o	
9	Me siento feliz en casa	
10	Me buscan para realizar actividades deportivas	
11	Trabajo mucho en clase (en el trabajo)	
12	Es difícil para mí hacer amigas/os	
13	Me asusto con facilidad	
14	Mi familia está decepcionada de mí	
15	Me considero elegante	
16	Mis superiores (profesoras/es) me estiman	
17	Soy un chico/a alegre	
18	Cuando mayores me dicen algo me pongo nerviosa/o	
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	
20	Me gusta como soy físicamente	
21	Soy un buen trabajador/a (estudiante)	
22	Me cuesta hablar con desconocidos/as	
23	Nerviosa/o cuando me pregunta el profesor/a (superior)	
24	Mis padres me dan confianza	
25	Soy buena/o haciendo deporte	
26	Profesores (superiores) consideran inteligente y trabajador/a	
27	Tengo muchos amigos/as	
28	Me siento nervioso/a	
29	Me siento querido/a por mis padres	
30	Soy una persona atractiva	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Reyes Ajila María Eugenia, con C.C: # 0704029099 autor(a) del trabajo de titulación: "Caracterización de la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016" previo a la obtención del grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Reyes Ajila María Eugenia
C.C: 0704029099



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Caracterización de la esfera psicosocial de los adolescentes con malnutrición por exceso. Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez. Enero 2016"		
AUTOR(ES)	Reyes Ajila María Eugenia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Zeida Elvira Castillo Díaz. Lcda. Phd.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de enero del 2017	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina familiar y comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adolescentes, Aspectos Psicosociales, Obesidad Pediátrica, Autoconcepto.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>Antecedentes: La malnutrición por exceso es un problema de salud mundial, en Ecuador alcanza 26% en la población infantil, problema que conlleva repercusiones en la salud mental de los adolescentes que influye negativamente en su desarrollo psicosocial. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en la Unidad Educativa Alfredo Portalupi Velásquez, de la parroquia Pascuales, durante 2015, con una muestra de 104 adolescentes con malnutrición por exceso, entre 10 y 15 años. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE) y el Cuestionario del Autoconcepto AF5. Se procesó la información para obtener los resultados en número y porcentajes. El proceso se lo realizó previo consentimiento informado de los participantes. Resultados: La muestra estuvo conformada por mujeres 61(58,7%), hombres 43(41,3%), se identificó en los adolescentes ansiedad estado nivel moderado en 55,8% con predominio sexo masculino 69,7% vs 46% en el sexo femenino; ansiedad rasgo moderada y severa 65,4% y 26,9% respectivamente. El 9,6% de los adolescente presentó depresión moderada y severa; la esfera social 54% refirió facilidad para hacer amigos y 8,7 % le resultó difícil; el sexo femenino presentó mejor habilidades sociales 34,6% vs 17,3% del masculino. La valoración de su imagen física 57,7% se gusta físicamente, y 40,4% se considera bueno en el deporte; el 93,3% presentó autoconcepto nivel alto. Conclusiones: Los adolescentes estudiados, presentan trastornos emocionales de tipo ansioso tanto como rasgo como de estado, con buenas habilidades sociales y un autoconcepto alto.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2495230	E-mail: maera21@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4- 2206953-2-1-0 ext: 1830.		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			