

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MARIÁTEGUI, AREQUIPA 2013**

Tesis presentada por las Bachilleres:
MARY ALEXIA MANRIQUE DELGADO
LISSETH GISELLA TURRIATE DELGADO

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ
2013

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotras en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por habernos puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. A nuestros padres, abuelos y hermanos quienes nos han apoyado para poder llegar a esta instancia de nuestros estudios. A los miembros del Jurado de esta tesis por sus valorables sugerencias que contribuyeron al mejoramiento y ordenamiento del trabajo.

Mary Alexia y Lisseth Gisella

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA SANTA MARIA.**

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de las Señoras Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación: **PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, AREQUIPA 2013.**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Setiembre del 2013.

Mary Alexia Manrique Delgado

Lisseth Gisella Turriate Delgado

ÍNDICE

	PÁGINA
PRESENTACIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INDICE	
INDICE DE ILUSTRACIONES	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Enunciado del Problema.....	11
1.2 Descripción del Problema.....	11
1.2.1 Campo, Área y Línea.....	11
1.2.2 Operacionalización de variables.....	12
1.2.3 Interrogante básica.....	12
1.3 Justificación.....	12
1. OBJETIVOS.....	13
2. MARCO TEORICO.....	13
3.1 Obesidad.....	13
3.2 Prácticas preventivas de obesidad en adolescentes	20
3.3 Intervención de Enfermería.....	26
3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	28
4. HIPOTESIS.....	30
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. Técnica e instrumento.....	32
2. Campo de verificación.....	32
3. Estrategia de recolección de datos.....	33
CAPÍTULO III	
Presentación, análisis e interpretación de datos.....	37
Conclusión.....	53
Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	55
Anexo.....	58

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

	PÁGINA
1. Variable Independiente: Conocimiento de la obesidad.....	42
2. Definición de la obesidad.....	43
3. Conocimientos de las causas de la obesidad.....	44
4. Conocimientos de los factores de riesgo de la obesidad.....	45
5. Conocimientos de diagnóstico de la obesidad.....	46
6. Dificultades del diagnóstico de obesidad.....	47
7. Complicaciones de obesidad.....	48
8. Variable Dependiente: Prácticas de prevención de la obesidad.....	49
9. Prácticas físicas de prevención de la obesidad.....	50
10. Prácticas emocionales de prevención de la obesidad.....	51
11. Prácticas sociales de prevención de la obesidad.....	52
12. Relación entre los conocimientos de la obesidad y la práctica preventiva.....	53

RESUMEN

PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, AREQUIPA 2013.

Presentado por las Bachilleres en Enfermería: **Mary Alexia Manrique Delgado** y **Liseth Gisella Turriate Delgado**, para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo - Yanahuara. Teléfono: 251210. Fax: 054 – 219283. Apartado Postal 1350. Arequipa – Perú.

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivos: Determinar los conocimientos sobre obesidad, prácticas preventivas y la relación del conocimiento de obesidad y las prácticas preventivas que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui. La investigación fue de tipo descriptivo y transversal. Para llevarla a cabo se determinó una población de 86 estudiantes de ambos géneros de <13 a >16 años. El instrumento seleccionado para obtener la información fue un cuestionario. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 89,5% de los adolescentes tiene conocimientos insuficientes de obesidad; en un 67,4% las prácticas preventivas de obesidad son inadecuadas y riesgosas. No hay relación estadística entre las dos variables estudiadas en un 67,4%.

Palabras Clave: Conocimiento, prácticas, prevención, obesidad.



ABSTRACT

PREVENTION OF OBESITY IN TEENAGERS OF THE EDUCATIONAL INSTITUTION MARIÁTEGUI, AREQUIPA 2013.

Presented by the Bachilleres in Infirmary: **Mary Alexia Manrique Delgado** and **Lisseth Gisella Turriate Delgado**, for the licensed professional diploma in nursing at the Catholic University of Santa Maria, located in the Urbanization San Jose S/N Umacollo - Yanahuara. Telephone: 251210. Fax: 054 - 219283. Po box 1350. Arequipa - Peru.

The present research had as objective: Identify knowledge on obesity, preventive practices and knowledge regarding obesity and preventive practices among adolescents of School Mariátegui. The research was descriptive and cross. To carry out identified a population of 86 students of both genders from <13 to> 16 years. The selected instrument for obtaining information was a questionnaire. We obtained the following results: 89.5% of adolescents have insufficient knowledge of obesity at 67.4% obesity prevention practices are inadequate and risky. No statistical relationship between the two variables studied by 67.4%.

Keywords: Knowledge, practices, prevention, obesity.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la prevalencia mundial de obesidad en edades tempranas de la vida y la adolescencia incrementa su nivel en las últimas décadas, estima que entre el 6,9 % y el 17,4 % de los adolescentes son obesos a nivel mundial. En América la prevalencia estimada es de 23,6 % y 8,2 %, respectivamente. Las estadísticas más recientes de los Estados Unidos de América informan que el 17,1% de niños y adolescentes entre 2 y 19 años de edad tienen sobrepeso y el 21,1 % de los adolescentes norteamericanos padecen de obesidad.

En el Perú, la obesidad afecta al 26 % de varones y al 24 % de mujeres, y se ha observado una mayor prevalencia en las poblaciones de Piura (36,7%), Lima (22,8%), Huaraz (18,3%) y Tarapoto (17%). Según la Encuesta de Salud Escolar del año 2010, 23% de los escolares presenta sobrepeso. Asimismo, la Encuesta Nacional de Hogares señala que el sobrepeso y la obesidad están afectando a uno de cada tres hogares pobres del país¹. Es decir, que si bien antes era un problema exclusivo de hogares con mayor poder adquisitivo, hoy en día también está penetrando en zonas con menos recursos económicos.

El problema en el incremento de prevalencias de sobrepeso y obesidad, es que afectan directamente a la salud de la población, pues se han convertido en determinantes del desarrollo de enfermedades dentro de los propios adolescentes, siendo la prevención en lo más importante; por lo que se debe incidir para disminuir su frecuencia y prevalencia; siempre será mejor prevenir que curar. Un primer paso es modificar el consumo de alimentos, incrementar la actividad física, modificar el estilo de vida, cambiar los malos hábitos (estar frente al televisor), manejar adecuadamente el estrés, y todo lo relacionado con la prevención de esta enfermedad.

Toda esta situación ha llamado la atención a las autoras motivándolas a realizar esta investigación para conocer la relación entre el conocimiento de obesidad y las prácticas preventivas en adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui.

Es por ese motivo que el presente proyecto de investigación también está enfocado en determinar los conocimientos sobre obesidad que tienen los adolescentes de la Institución Educativa

¹ MINISTERIO DE SALUD. Conferencia Internacional: Nutrición y Obesidad: Nuevas evidencias, ideas emergentes y políticas públicas. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/cino/index.asp>. Acceso el 23-12-2012

Mariátegui. De esta forma en el Capítulo I se expone el planteamiento teórico de la investigación; en el Capítulo II se tiene el planteamiento operacional; en el Capítulo III se muestran los resultados de la investigación, para finalmente alcanzar las conclusiones y recomendaciones.





CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO TEORICO

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- ENUNCIADO DEL PROBLEMA

PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, AREQUIPA 2013.

1.2.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.- Área del conocimiento

Área : Ciencias de la Salud.

Campo : Salud pública.

Línea : Nutrición.

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	MENSURACION
Independiente Conocimiento de Obesidad	Definición	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de grasa corporal. • Consumo innecesario de grasa. • Enfermedad hereditaria. 	<p>Suficientes 13-18 puntos</p> <p>Insuficientes 7-12 puntos</p> <p>Nulos o escasos 0-6 puntos</p>
	Causas	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de alimentos en horarios desordenados. • Consumo de medicamentos. 	
	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso rápidamente. • Tratamientos. • Pobreza relacionada con obesidad. 	
	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de obesidad. • El IMC. • Antropometría. 	
	Dificultades para el diagnóstico de la Obesidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación tardía de obesidad. • Cambio del aspecto físico dificulta el diagnóstico de obesidad. • Actualizar datos antropométricos, frecuentemente. 	
	Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas a la vesícula e hígado graso. • No es bien considerada en la sociedad. • Se altera el comportamiento. 	
Dependiente Prácticas preventivas de obesidad en adolescentes	Aspecto físico	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunciones hepáticas y anexos. • Disfunción osteo-articular. • Disfunciones respiratorias. 	<p>Adecuadas 37-75 puntos</p> <p>Inadecuadas 36-55 puntos</p> <p>Riesgosas 15-35 puntos</p>
	Aspecto emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en actividades diversas con la familia. • Propiciar la conducta proactiva. • Estimular la autoestima. 	
	Aspecto social	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión en grupos sociales. • Retraimiento social. • Ambiente social circundante. 	

1.2.2.- Operacionalización de variables:

1.2.3.- Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los conocimientos que tienen los adolescentes respecto a la obesidad en la Institución Educativa Mariátegui?
- ¿Cuáles son los conocimientos que tienen sobre las prácticas preventivas que realizan los adolescentes respecto a la obesidad en la Institución Educativa Mariátegui?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la obesidad y las prácticas de medidas preventivas al respecto que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui?

1.2.4.- Tipo de problema

El problema es de tipo: Descriptivo y Transversal.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

La relevancia social al estudiar la obesidad como un problema de salud social está dada por el hecho de que permitirá obtener información que incrementará la que existe sobre el tema y orientará el desarrollo de futuras investigaciones que aportarán conocimientos científicos para el desarrollo de la carrera de enfermería.

La pertinencia de la investigación está dada, porque dentro de la labor de la enfermera, esta aporta cuidados que ayudan a mantener la vida, el bienestar y la salud, identificando a tiempo la capacidad de respuesta de los individuos y del grupo, planificando las acciones que tengan como resultado una mejora en la calidad de vida, acciones entre las cuales se considera la prevención.

Desde el punto social, la presente investigación tiene justificación por el hecho de que el periodo de la adolescencia es tan cambiante, que muchas veces genera en el estudiante etapas de ansiedad que lo llevan a consumir constantemente y, en otras, a hacerlo incorrectamente; siendo un problema de salud pública que debe atenderse de inmediato.

El trabajo fue factible ya que nos permitió realizarlo en la población elegida, y en el campo asignado.

La actualidad del presente trabajo de investigación está dada porque la población escolar no está exenta de las modificaciones de estilo de vida, particularmente en hábitos alimenticios

y actividad física, que han dado como resultado el aumento de personas con sobrepeso y obesidad que afecta a nuestro país y a nuestra región.²

Finalmente realizar este trabajo tiene una motivación personal de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- Determinar los conocimientos sobre obesidad que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui.
- Determinar las prácticas preventivas de obesidad que realizan los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui.
- Establecer la relación del conocimiento sobre la obesidad con las prácticas preventivas que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. OBESIDAD

3.1.1. Definición de Obesidad.

La obesidad se define como un incremento de la grasa corporal a un nivel que signifique riesgo para la salud y no solamente a un exceso de peso.

Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física. Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80%; cuando solo uno es obeso, será 41 a 50% y si ninguno de los dos lo es, el riesgo para la descendencia será solo del 9%. La inactividad física permite que los niños y adolescentes dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, esto condiciona la ganancia excesiva de peso.

²Heyward.E, 2006, Evaluación de la Aptitud Física y Prescripción del Ejercicio. Quinta edición. Editorial Médica Panamericana. España. p. 36

Es por ello que en los últimos 20 años el incremento de la prevalencia de la obesidad solo puede ser explicado por los factores ambientales al existir una epidemia de inactividad.

Actualmente se establece a través del IMC (índice de masa corporal) que es una expresión del peso referido a la talla y se calcula dividiendo el peso corporal expresado en Kg por la talla elevada al cuadrado, expresada en metros.

Este desorden nutricional es muy pocas veces motivo de consulta de los progenitores, pues para ellos representa motivo de orgullo y tranquilidad porque asocian la gordura como signo de salud.

El sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente aumentan el riesgo de padecer obesidad en la edad adulta, así como la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, perfil lipídico aterogénico, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y diabetes II.

Durante el período de rápido crecimiento del adolescente, las variaciones biológicas según sexo se hacen más evidentes y los cambios que se producen en un tiempo relativamente breve son muy diversos con patrones de ingesta muy dispares y hábitos distorsionados con el riesgo de aparición de trastornos de la conducta alimentaria.

Dietas ricas en hidratos de carbono y grasas no son adecuadamente balanceadas, la falta de vitaminas y minerales se manifiesta en trastornos bioquímicos que no siempre se revelan clínicamente y son hallazgos ocasionales en exámenes complementarios solicitados por otras causas (cuadros febriles, patologías de distinta etiología).

Si bien las enfermedades asociadas a obesidad tienen alta implicancia en la obesidad moderada y grave, la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial. La segregación de los pares afecta la autoestima y promueve disconformidad con el propio cuerpo y hay evidencias de que esto sería un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

3.1.2. CAUSAS

Las causas de la obesidad son complicadas, en donde se pueden considerar factores genéticos, biológicos, de comportamiento y culturales. Aunque, básicamente la obesidad ocurre cuando una persona come más calorías que las que el cuerpo quema.

Si uno de los padres es obeso, existe un 50% de probabilidad de que los hijos sean también obesos. Sin embargo, cuando ambos padres son obesos, hay un 80% de probabilidad de que los hijos lo sean.

Aunque algunos desórdenes médicos pueden causar la obesidad, menos del 1% de todos los casos de obesidad son causados por problemas físicos.

La obesidad en los niños y adolescentes puede estar relacionada con:

- Hábitos de comer pobres en nutrientes.
- Sobre-comer o perder la capacidad para parar de comer.
- Falta de ejercicio (ej.: los estudiantes que se pasan acostados en el sofá o sentados frente a la computadora o televisor).
- Historial de obesidad en la familia.
- Enfermedades médicas (problemas endocrinológicos o neurológicos).
- Medicamentos (esteroides y algunos medicamentos psiquiátricos).
- Cambios en la vida que les causan mucho estrés (separaciones, divorcio de los padres; mudanzas, muertes, abuso).
- Problemas familiares o de los padres.
- Baja autoestima.
- Depresión u otros problemas emocionales.

3.1.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores que influyen en la obesidad del adolescente son los mismos que los del adulto. Es muy frecuente que un adolescente ligeramente obeso gane peso con rapidez y se hace sustancialmente obeso en pocos años.

Muchos adolescentes obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y se hacen progresivamente más sedentarios y socialmente aislados. Sus padres a menudo no saben cómo ayudarlos.

Uno de los grandes problemas en la actualidad es que no hay muchas opciones disponibles en los tratamientos para adolescentes obesos. Hay pocos programas comerciales proyectados para ellos, pocos médicos que tengan experiencia en el tratamiento específico de los adolescentes y en el uso de fármacos que permitan ayudarlos.

Asimismo, las escuelas brindan diversas oportunidades para la educación en nutrición y para la actividad física, pero estos programas raramente se ocupan lo suficiente en enseñar a los adolescentes a controlar la obesidad. A veces se lleva a cabo una intervención quirúrgica cuando la obesidad es importante.

La modificación del comportamiento puede ser buena ayuda para los adolescentes a controlar la obesidad. Se reduce el consumo de calorías estableciendo un régimen bien equilibrado con los alimentos habituales y realizando cambios permanentes en los hábitos alimentarios, así como aumentar la actividad física con ejercicios como caminar, andar en bicicleta, nadar y bailar. La actividad física para los adolescentes obesos, generalmente les facilita el perder una considerable cantidad de peso; sin embargo, sin un esfuerzo mantenido, generalmente se recobra el peso perdido. La asistencia psicosociológica puede ayudar a los adolescentes a enfrentarse con sus problemas y a combatir su escasa autoestima puede ser útil.

Hay factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad, y saber que aquellos adolescentes que los presentan, constituyen un grupo vulnerable en el que se hace imprescindible comenzar con estrategias de prevención.

Así, dentro de los factores podemos mencionar:

- Inseguridad alimentaria: relación inversa entre inseguridad alimentaria y la prevalencia de obesidad. La pobreza y la obesidad se relacionan de manera compleja.
- Influencia de la conducta: comportamientos que afectan el balance energético, aumentando el gasto (limitar horas frente al TV, estimular actividades recreativas al aire libre) o poniendo énfasis en la calidad de la dieta (limitar el consumo de jugos y bebidas azucaradas, snacks, alimentos ricos en grasas, etc.)

3.1.4 DIAGNÓSTICO

La grasa corporal se mide en forma indirecta en la práctica clínica:

- Antropometría con indicadores de IMC.
- Peso relativo P/T.
- Pliegues cutáneos.
- Circunferencia de la cintura para valorar la distribución de grasa.

En la práctica clínica actual, el índice más utilizado para el diagnóstico de obesidad es el índice de masa corporal (IMC).

Algunas de las formas para diagnosticar la obesidad son:

- Peso para la edad y percentiles: Identificar percentiles por sobre 90 y 97, en los que debe diferenciarse el sobrepeso por aumento de la grasa corporal de, por ejemplo, un aumento de la masa muscular en adolescentes altos.
- Relación peso/talla: Diferenciaría los adolescentes corpulentos de aquellos con sobrepeso: con valores superiores a 10 se hablaría de obesidad. Suele subestimar la obesidad en niños por debajo de 3 años y sobrevalorarla en adolescentes.
- Peso relativo: Es el producto de la división del peso real sobre el peso teórico para la edad (percentil 50) por 100.

3.1.5 DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD

El índice de masa corporal (IMC) (peso en kilogramos/ talla al cuadrado en metros) es el parámetro más utilizado y el que mejor define la obesidad en niños y adolescentes. Se acepta internacionalmente como criterio diagnóstico, pudiéndose aplicarse a niños desde los 2 años de edad, con elevada especificidad y sensibilidad variable para la detección de sobrepeso y obesidad.

Es práctico y objetivo, que proporciona un grado de concordancia con la determinación en adultos y es biológicamente significativo. Sin embargo, uno de los problemas que tiene es que no existe consenso acerca de los puntos de corte para las diversas categorías de insuficiencia ponderal, sobrepeso u obesidad en el niño y adolescente.

El problema fundamental consiste en cómo identificar al adolescente candidato a ser obeso, ya que la obesidad se relaciona no tanto con el aumento ponderal, como con el exceso de tejido adiposo.

De hecho, su importancia y evolución dependen, sobretodo, de la grasa acumulada y de su distribución. El IMC no se relaciona directamente con la grasa, que cambia a lo largo de la ontogenia. Durante la pubertad se producen variaciones en las relaciones estatuto-ponderales, de manera diferencial en ambos sexos, con independencia de la adiposidad.

Además, hay un desfase entre varones y mujeres en el desarrollo que afecta de modo diferente a los componentes magro y graso. Por tanto, aunque el IMC es útil, de

entrada, para hacer una estimación general de la condición nutricional, podría no ser adecuado para un diagnóstico preciso en todos los casos en los que se presenta sobrepeso.

Sin embargo, como se ha señalado, tiende a subestimar la obesidad y a sobreestimar el sobrepeso. Por ello, en particular en el sexo femenino, ciertos individuos con un importante exceso de grasa pueden no diagnosticarse como obesos por lo que, por ejemplo, podrían ser excluidos de programas de tratamiento. De ahí que, en la práctica clínica, sea más aconsejable, en todo caso, el uso de las referencias nacionales, si bien deberían ser actualizadas periódicamente.

La actuación institucional, coordinada con la asistencia sanitaria y la intervención de los principales colectivos sociales y económicos implicados, es imprescindible para el abordaje global de este problema.

Y, para todo ello, el punto de partida ha de ser conocer nuestra realidad.

3.1.6 COMPLICACIONES

A. Médicas y sociales

La persistencia de la obesidad infantil hasta la edad adulta aumenta significativamente el riesgo de padecer el síndrome metabólico, enfermedad de la vesícula biliar e hígado graso. La mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en personas obesas es el resultado, en su mayor parte, de la asociación de estos tres factores de riesgo. Dicha incidencia puede aumentar, si se asocian otros factores de riesgo cardiovascular como son el sedentarismo y el tabaquismo. Así, se puede ver el siguiente cuadro de Mariana Calva (2008), que resume sobre las complicaciones:³

³Mariana Calva (2008): Obesidad. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtmltext>. Acceso el: 27-08-2012

COMPLICACIONES EN OBESIDAD	
Problemas psicológicos	• Marginación escolar
	• Pérdida de autoestima
	• Depresión clínica
	• Alteración de la percepción del esquema corporal
Ortopédicas	• Necrosis séptica de la cadera por el excesivo peso
	• Varo (arqueamiento) de las extremidades
	• Artrosis de rodillas
Respiratorias	• Insuficiencia pulmonar
	• Apnea obstructiva del sueño
Crecimiento	• Aumento de la masa muscular
	• Edad ósea adelantada
	• Estatura aumentada
	• Menarca adelantada
Piel	• Estrías
	• Celulitis
Cardiovasculares	• Hipertensión arterial
	• Aumento del volumen cardiaco
	• Dislipemias
	• Aumento del colesterol
	• Aumento de triglicéridos
	• Aumento del colesterol malo (LDL)
	• Disminución del colesterol bueno (HDL)
	• Aterosclerosis
• Hígado graso	
Otros	• Resistencia insulínica
	• Diabetes
	• Mayor frecuencia de cálculos biliares
	• Cáncer de mama

B.

Aspectos psicológicos

- **Complicaciones psicológicas**

Es trascendental la repercusión que la obesidad ejerce sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del adolescente. En general, las personas afectadas de obesidad no están bien consideradas en la sociedad. En los medios de comunicación los niños y adultos obesos suelen desempeñar un personaje cómico, tropezón y glotón.

La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad. En la adolescencia el concepto de sí mismo es de tal importancia que cualquier característica física que les diferencie del resto de sus compañeros tiene el potencial de convertirse en un problema más grave, en concreto, disminuyendo su autoestima. Es también un gran problema encontrar vestimenta para los adolescentes obesos, ya que es difícil que encuentren ropas de moda adecuadas para su talla. Además, estas personas presentan frecuentemente alteraciones del comportamiento, síntomas de depresión y ansiedad.

Las personas obesas tienen que enfrentarse a la discriminación. Las jóvenes con exceso de peso ganan mucho menos que las mujeres sanas, sin sobrepeso o que otras mujeres con problemas crónicos de salud.

También es más frecuente que las personas obesas coman compulsivamente, y que tengan un largo historial de desórdenes alimentarios que se caracterizan por los atracones y las variaciones de peso.

Por ejemplo, la influencia de factores Psicológicos aún permanece incierta; mientras que el paciente obeso ha sido etiquetado como comedor compulsivo, también encontramos a muchas personas no obesas que también lo son. La patología psicológica se encuentra ligada a esta enfermedad, solo en un número pequeño de casos, entre estos el "síndrome del comedor nocturno" (anorexia por la mañana, gula por la tarde e insomnio), han incluido en este pequeño grupo a aquellos que han sido obesos desde su infancia, en este caso, más que un factor de acusa psicológica, el sentido común lo llamaría una consecuencia psicológica.

3.2 PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES

3.2.1. Aspecto Físico

A. El apoyo de hábitos alimenticios positivos y el estímulo para ejercitarse

- **Disminución de los alimentos con contenido elevado en grasa**

Es recomendable un consumo adecuado de grasa mono-insaturada (aceites de oliva) y poliinsaturada (aceite de soja, pescados, entre otros), junto con una reducción del aporte de grasa saturada (embutidos, helados, etc.) Una dieta alta en grasa favorece, por su escaso poder de saciedad, una ingesta pasiva excesiva de energía, en relación con las necesidades. La dieta baja en grasa favorece la disminución del riesgo de enfermedades no comunicables prevalentes. Es importante destacar que más que la cantidad de grasa en la dieta, lo más relevante es la proporción de ácidos grasos saturados, trans, mono-insaturados y poli-insaturados.

- **Evitar el consumo excesivo de proteínas.**

Existen evidencias de que el aporte excesivo de proteínas ya desde el primer año de la vida, aunque también en épocas posteriores de la niñez, puede estar asociado al origen y al desarrollo de la obesidad. Entre los mecanismos implicados estarían el incremento de la producción de IGF1 y en consecuencia de la proliferación celular en todos los tejidos, pero especialmente en el tejido adiposo, donde favorecería la diferenciación de pre-adipocito a adipocitos, lo cual parece estar relacionado con la aparición más temprana del rebote adiposo, probablemente relacionado con el aumento de adipocitos, característico de los niños obesos, lo que puede traer disfunciones hepáticas.

- **Favorecer el consumo de hidratos de carbono complejos**

Es recomendable limitar los hidratos de carbono con índice glucémico elevado y absorción rápida, ya que estos producen un rápido incremento de los valores de glucemia e insulinemia postprandiales, con la consiguiente hipoglucemia posterior, que provoca sensación de hambre y favorece una nueva toma de alimentos, estableciéndose un círculo vicioso que favorece la obesidad y como consecuencia aparezcan diversos malestares, entre ellos, problemas en los huesos y las articulaciones, generados por el excesivo peso que tendrán que soportar osteo-articulares.

La dieta optimizada que debe proporcionarse al adolescente se caracteriza por una amplia diversidad de alimentos que aseguren el aporte adecuado de energía, macro y micronutrientes y componentes funcionales. Una de las

referencias más universalmente aceptadas es la pirámide de los alimentos, cuya base tiene un componente vegetal, cereales, frutas y verduras; que se deben consumir en cantidad abundante y diariamente; la parte intermedia, a consumir en menor cantidad y con menor frecuencia, está ocupada por alimentos lácteos y proteínas, carnes con bajo contenido graso, pescados blancos y azules, huevos, frutos secos y leguminosas y el vértice por alimentos cuya ingesta debe ser limitada, en especial azúcares refinados y grasas. La dieta mediterránea tradicional responde adecuadamente a este modelo, incorporando además el aceite de oliva, que por su composición en ácidos grasos y en componentes funcionales, debe representar el aporte principal de grasa en la dieta.

La educación nutricional debería ser incorporada de manera estructurada en el currículo escolar, con implicación de educadores, padres y alumnos. Las empresas de restauración colectiva, fundamentalmente el comedor escolar, y las actividades de tiempo libre, pueden desempeñar un papel complementario en este sentido.

- **Promoción de hábitos de vida activos**

La promoción de patrones de vida activos pasa por una reducción del tiempo dedicado a ver la televisión, la causa de obesidad más modificable, ya que en el momento actual, la media que le dedican los niños y adolescentes a verla es mayor de tres horas diarias, cuando lo recomendado es menos de dos a lo que se suma el creciente mal uso y abuso de las nuevas TICS. La suma del tiempo dedicado a todas ellas se convierte en la primera actividad del niño después de dormir, limitando por tanto, las horas dedicadas a juego, educación física y deporte. Es recomendable no comer mientras se ve la TV y evitar la TV en los cuartos de los adolescentes. Hay que implicar a los hijos en pequeñas tareas domésticas. Es importante que realicen actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar, etc.) pero hay que destacar que tanto o más importante que la actividad física estructurada o programada son las actividades no estructuradas, esto puede traer beneficios para que no se produzcan disfunciones respiratorias.

La actividad física debe formar parte del modo de vida desde la primera infancia, ayudando a mejorar la relación con el entorno, conocer el propio cuerpo, coordinar movimientos y promocionar un buen balance energético.

Las estrategias adecuadas para favorecer que los niños y adolescentes realicen alrededor de una hora de actividad vigorosa aeróbica y patrones de vida más activos pasaría por conseguir la humanización de las ciudades con más áreas peatonales y de juego libres de riesgo, la promoción de programas de educación física, gimnasia y deporte en la escuela y la obligada participación de los escolares en los mismos, así como el desplazamiento andando o en bicicleta al centro escolar, la realización de pequeñas tareas domésticas y el cambio de los patrones actuales de ocio individuales y colectivos por otros más activos.

La familia va a tener un papel principal en el desarrollo de hábitos activos en los niños, debiendo tenerse en cuenta que existe una mayor asociación familiar para los patrones de inactividad que de actividad. Por otra parte, es de gran trascendencia que los padres participen con los hijos en juegos y otras actividades físicas y que tengan la disponibilidad para trasladar y recoger a sus hijos cuando realizan deportes en áreas distantes de su casa.

B. Emocional

- **Aspectos emocionales de la obesidad como ridiculización y depresión**

En la adolescencia, donde no sólo se forma el cuerpo, también lo hace la personalidad y el carácter, el concepto de sí mismo es de tal importancia que cualquier característica física que les diferencie del resto de sus compañeros tiene el potencial de convertirse en un problema más grave, disminuyendo su autoestima. Casos de celulitis, taquicardia de esfuerzo, estrías, caída del pelo e incluso alteraciones menstruales son consecuencias directas de la obesidad que se viven por los adolescentes con verdadero sufrimiento. Otro problema es la vestimenta para ellos, ya que es difícil encontrar ropa de moda para su talla.

En esta edad empiezan a aparecer algunos problemas psicológicos, que repercuten en desorden de conductas alimentarias y perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos.

La obesidad interfiere de varias maneras en los adolescentes, pudiendo incluso acelerar la maduración sexual y el curso del crecimiento.

Las adolescentes obesas, por ejemplo, acostumbran a tener antes su primera regla, y luego sufren trastornos menstruales, (como reglas irregulares o sangrado

importante) con mayor frecuencia que las chicas de peso normal. La obesidad también puede hacer cesar la regla. Algunos efectos psicológicos, que la obesidad tiene, para los adolescentes que la padecen pueden ser:

- Autoestima dañada, por bromas crueles de otros adolescentes.
- Preocupación constante por lo que otros adolescentes puedan pensar de ellos.
- Tristeza y aislamiento, que encuentran consuelo en la comida, constituyendo así un círculo vicioso del que es difícil salir.

Para conseguir que se mejore con el aspecto motivacional de los adolescentes, lo más importante es la motivación. Si él no ve los beneficios de perder peso y siente una apatía total hacia el régimen dietético, no tiene sentido insistir, simplemente no funcionará. Por esto, el apoyo emocional para el paciente obeso, es fundamental.

- Restar importancia al peso.
- No forzar la realización de una dieta, avergonzándose o criticando su peso.
- Organizar las comidas con más tiempo, donde tengan lugar conversaciones agradables.
- Incluir en la alimentación frutas, en lugar de helados, para toda la familia.
- Ocasionalmente, puede ser útil recibir tratamiento psicológico, para trabajar adecuadamente los aspectos que pueden estar sabotando sus esfuerzos.
- Incentivar más comidas saludables y ejercicios compartidos con la familia.

C. Social

- **La imagen corporal como agente social**

La imagen corporal clásicamente se la define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas.

La imagen corporal definida como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado.

- **La forma o figura del cuerpo**

Es la forma de llamar al esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos.

Las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.

- **El contenido**

Corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente pre-conscientes y a las necesidades; como son los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc.

Los trastornos a nivel de la percepción interoceptiva- contenido-se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones endosomáticas o psicobiológicas como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominancia de un modo de funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas.

- **El significado**

Se corresponde con el concepto de cuerpo erótico e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares (intersubjetivas), vale decir sociales.

Con respecto al registro del significado, en la sociedad actual sobre preocupada por la apariencia física, El adolescente con obesidad es juzgado como físicamente menos atractivo, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchos de ellos con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa, cuyas características son:

- Preocupación estresante, dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción.
- Timidez y vergüenza en situaciones sociales.
- Incomodidad, angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas.
- Excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación.
- Autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso, sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico, ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece.

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad.

Estas tres esferas están íntimamente relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos obesos.

3.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La atención integral al paciente con sobrepeso /obesidad tiene como objetivo fundamental conseguir que mejore su nivel de AUTOCUIDADO y alcance una mayor calidad de vida. La intervención de enfermería, se plantea como objetivo general:

- Controlar y manejar el peso.

Dentro de sus objetivos específicos está el:

- Modificar hábitos alimentarios.

- Implicar a los adolescentes en los procesos del cuidado de su alimentación con hábitos saludables que deben emplear con todos los integrantes de la familia.

- Incrementar la actividad física.

Proporcionar al paciente las herramientas necesarias para mejorar y aumentar su autocuidado partiendo de diversas acciones que debe cumplir en su hogar y en compañía de sus padres.

• **INTERVENCIONES:**

Estas intervenciones se basan en tres pilares importantes para ayudar a los pacientes:⁴

- aconsejar el ejercicio regular y la vida activa: El ejercicio regular y frecuente es beneficioso para ayudar a perder peso. Generalmente, los tratamientos para la obesidad proponen diferentes tipos de ejercicios para que el cuerpo pueda ponerse en forma de manera armónica.
- Otorgar apoyo psicológico para que la persona obesa se sienta comprendida y pueda expresar las angustias a las que su condición lo expone.
- Recomendar una dieta balanceada: Al iniciar un tratamiento para la obesidad será necesario realizar cambios en la dieta. Para perder peso, su cuerpo debe quemar más calorías de las que se incorporan. Una buena dieta debe estar basada en sus necesidades y seguramente va a incluir reducir el número de calorías que se ingieren.
- Control y seguimientos consultorio de adolescente.

Aunque a primera vista las intervenciones de enfermería en obesidad parezcan “insignificantes”, perder peso requiere de constancia, esfuerzo y disciplina. Los planes para bajar de peso generalmente no sólo son prolongados, sino que implican un cambio en el estilo de vida a corto, mediano y largo plazo.

• **EVALUACION:**

Anamnesis

Imprescindible una historia clínica completa.

- Edad de inicio de la obesidad y la evolución del peso, así como posibles causas desencadenantes.
- Hábitos alimentarios del paciente. Efectuar por lo menos un registro alimentario de 24 horas (incluir preguntas acerca de picoteos entre comidas, ingesta de refrescos etc.)
- Ejercicio físico que realiza en relación con tareas cotidianas como caminar, subir o bajar escaleras, ir a comprar, barrer, etc) o ejercicio físico programado.
- Historia de anteriores intentos de perder peso.

⁴LÓPEZ RAFAEL, Rosa; La obesidad, un problema de salud pública, <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VII%202009/10-%20Obesidad.htm> [consultado el 21, 08, 2012].

- Patologías coadyuvantes presentes en el paciente que aumentan la morbilidad: hipertensión, artrosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares.
- Exploración física y complementaria.
- Determinación del peso, procurando pesar siempre al paciente a la misma hora, sin zapatos y en ropa interior.
- Determinación de la talla en las mismas condiciones que la pesada.
- Determinación del IMC.
- Determinación de TA.
- Determinación de las circunferencias: podemos valorar el índice cadera/cintura (C/C) aunque la circunferencia sola de la cintura es más homogénea en ambos sexos y podemos determinarla como parámetro único sin tener necesidad de hallar el cociente.
- Analítica general: hemograma, glucemia basal (si hay dudas, está justificada la petición de glucemias postprandiales), perfiles hepático, renal, lipídico y uratos.

La TSH se solicitará cuando sea necesario valorar posibles alteraciones tiroideas. Aunque hay más pruebas diagnósticas no procede comentarlas ya que no son de uso en Atención Primaria sino que son empleadas por Especialistas.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Gorveña, Rodolfo; (Arequipa, 2011), intituló su trabajo: **Correlación entre el tiempo destinado a ver televisión y el riesgo de obesidad en niños mayores de dos años y adolescentes del distrito de Mariano Melgar**. Investigación de corte transversal, descriptivo, y diseño correlacional; llegó a las conclusiones de que en nuestro medio los niños y adolescentes que dedican gran tiempo a ver televisión están relacionados con la mayor probabilidad de ser obeso o de estar en peligro de serlo. El riesgo de que los niños y adolescentes sean obesos es cinco veces mayor si ven televisión más de las dos horas recomendadas, comparadas con aquellas que ven menos de dos horas. Los factores dependientes de las madres no influyen significativamente en la obesidad de sus hijos.

Barriga, Saturnino; (Arequipa, 2007), intituló su trabajo: **Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes de nivel secundario del colegio estatal Jorge Basadre del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero**. Concluyó que la prevalencia del sobrepeso es del 15,8% y obesidad 4,6%, en conjunto suman 20,4%. Uno de cada cinco adolescentes tiene o está en riesgo de padecer esta enfermedad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes varones es de 15,1% y 4,9% respectivamente. En cuanto a las mujeres adolescentes la prevalencia de sobrepeso es de 16,5% y de obesidad 4,2%. No se encontraron diferencias

estadísticas ente ambos grupos.

Arevalo, Nardy; (2006), intituló su trabajo: **Relación entre estilos de vida, sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 18 años del Centro de Salud Maritza Campos Díaz**. Investigación descriptiva, transversal y correlacional. Las conclusiones fueron que se demostró que en nuestro medio el adolescente posee deficientes hábitos alimenticios, no realizan actividad física, son de un nivel socioeconómico medio y están relacionados a la probabilidad de tener sobrepeso o ser obesos. Se encontró que del total de adolescentes estudiados el 68% presentan sobrepeso y el 32% obesidad. Existe relación altamente significativa entre los estilos de vida no saludable con el sobrepeso y la obesidad, no siendo este el único factor causante.

Zamora, E. (México 2008), intituló su trabajo **“La obesidad en los adolescentes ‘un problema mundial con sustrato social’**”. Trabajo documental, explicativo, en donde concluye que la obesidad como un problema de salud pública en los adolescentes se ha estudiado desde diversos enfoques; de entre todos, el más aceptado y que ha tenido mayor eco en la sociedad actual es el biológico, en donde el sobrepeso y la obesidad se deben principalmente al excesivo consumo de calorías y la escasa o nula actividad física, misma que se traduce en hipertrofia (crecimiento) e hiperplasia (reproducción) de las células adiposas (tejido graso).

Cruz, Perry (México, 2011) intituló su trabajo **“Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México”** trabajo descriptivo, transversal y no experimental, que concluye que No existen en general, diferencias significativas entre sexos, a excepción de los hábitos de consumo de agua y de dulces/chocolates (mayor prevalencia de consumo no recomendable en mujeres). La mayoría no realiza tres tiempos de comida mínimo al día. Es necesario desarrollar estrategias educativas y de intervención, además de guías alimentarias claras, con el objetivo de modificar los patrones inadecuados de consumo. Lo anterior en conjunto con la descripción de las características de esta población, ayudará a elaborar de forma más certera, un plan de acción adecuado.

Alzate, Teresa (España, 2012), en su estudio **“Estilos educativos parentales y obesidad infantil”**, señala que La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial pero a la vez es un factor de riesgo de muchas y graves enfermedades prácticamente en todos los sistemas del organismo, afecta a todos los niveles socioeconómicos pero con preferencia a los bajos, asociada a malnutrición, es decir, a situaciones carenciales de proteínas, vitaminas y minerales debido a problemas de educación y a la limitada posibilidad de consumir alimentos de alto valor proteico, frutas y hortalizas, en consuno con patrones de actividad física indeseables, amén de las condiciones genéticas y familiares, que sumado todo a la acción de los medios de comunicación

y a la publicidad de los alimentos, constituye un complejo entramado causal necesario de atender en simultáneo si se desea modificar los actuales índices de incidencia y prevalencia en el mundo.

5. HIPOTESIS

Dado que los conocimientos sobre las causas, diagnósticos y complicaciones que se tiene sobre la obesidad pueden ser insuficientes. Es probable que los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui realicen prácticas preventivas de esta enfermedad de acuerdo a los conocimientos inadecuados que tienen.





PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. TÉCNICA

La técnica que se empleó en la presente investigación es la encuesta.

1.2. INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fue una Cedula de Preguntas.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La Institución Educativa Mariátegui se encuentra ubicada en la Urbanización las Casuarinas G-7 Umacollo, en el Distrito de Yanahuara; cuenta con los niveles educativos de primaria y secundaria, encontrándose en este último:

1º-19 alumnos

2º-25 alumnos

3º-25 alumnos

4º-30 alumnos

5º -31 alumnos

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó en los meses de enero a abril del año 2013.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

El universo estuvo determinado por 86 estudiantes adolescentes que cursan estudios de nivel secundario en la institución educativa Mariátegui, en los grados tercero, cuarto y quinto.

2.3.2. Criterios de inclusión

- Estudiantes que estén cursando los grados de estudio considerados en la investigación
- Adolescentes que sean estudiantes de la institución educativa Mariátegui.

2.3.3. Criterios de exclusión

- Adolescentes que se estén recuperando de cualquier intervención quirúrgica y clínica.
- Adolescentes que no asistan a clases diariamente.

2.3.4. Muestra

No se trabajará con una muestra sino con el total de estudiantes secundarios que cursan el Tercero, Cuarto y Quinto, que cumplan con los requisitos de inclusión y exclusión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- El estudio se realizó en un periodo de 10 meses (diciembre del 2012 a septiembre del 2013), partiendo desde su planteamiento hasta el informe de resultados a las autoridades de la universidad.
- Habiéndose aprobado el proyecto de tesis de acuerdo al Reglamento, se solicitó la autorización del Director de la Institución educativa Mariátegui para poder realizar la presente.
- Se inició la aplicación del instrumento el día lunes 23 de abril , en el horario de 8:00 am – 10:00 am con una frecuencia de tres días, dando una motivación importante a los adolescentes sobre el conocimiento y paracticas preventivas de la obesidad para aplicar las encuestas individualmente.
- Cada cédula de preguntas fue respondida escogiendo entre las alternativas de solución propuestas, la que creían que era la que mejor representaba su realidad. En el primer cuestionario, que me día la primera variable, conocimientos, tenía alternativas de solución

(Sí, No). Para la segunda variable, Prácticas preventivas, las alternativas de solución eran:

TA= total acuerdo A= Acuerdo I = Indeciso D = Desacuerdo ID = Total desacuerdo.

- A las categorías de las respuestas, en el caso de medir los conocimientos sobre obesidad, se les dan puntos de 0 y 1, según las respuestas marcadas. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

- Conocimientos Suficientes : 13 - 18 puntos
- Conocimientos Insuficientes : 7 - 12 puntos
- Conocimientos Nulos o escasos: 0 – 6 puntos

Se plantea esta calificación tomando como base la investigación de Luna, J. y otros (2011, p. 15)

- La segunda parte del instrumento, identificó las prácticas preventivas de obesidad que realizan los estudiantes; estuvo constituido por 15 preguntas elaboradas en escala de Likert, con las siguientes alternativas de respuesta: Totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), indeciso (I), en desacuerdo (D), totalmente en desacuerdo (TD); que otorgarán puntajes de 5, 4, 3, 2, 1, respectivamente; sumados los puntajes se clasificará las respuestas según las siguientes denominaciones:

- Prácticas adecuadas : 56– 75
- Prácticas inadecuadas : 36 – 55
- Prácticas riesgosas : 15 – 35

Esta calificación se tomó en cuenta de la Generalitat de Catalunya (2008, p. 26)⁵

Una vez obtenidos los datos, estos fueron procesados estadísticamente. El análisis lo hizo el investigador, el proceso estadístico se hizo con el apoyo del paquete estadístico computarizado SPSS. Se elaboró la matriz de recolección de datos a través del programa Excel. Los resultados se expresaron en tablas de frecuencias y porcentajes; así, en las dos primeras se consideraron la edad y el sexo de los adolescentes encuestados, representados también en sus respectivos gráficos. Las siguientes tablas representan los resultados encontrados sobre cada uno de los indicadores

⁵Ministerio de sanidad y política social, Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto juvenil. Ministerio de Ciencia e Innovación, España, 2009.

considerados en esta investigación, resultados también expresados en tablas de frecuencias y porcentajes:

Para la variable independiente: Conocimiento de obesidad, los que son ponderados como suficientes, insuficientes y nulos, se considera los indicadores:

- Definición
- Causas
- Factores de riesgo
- Diagnóstico
- Dificultades para el diagnóstico de la Obesidad
- Complicaciones de la obesidad

Para la variable dependiente: Prácticas preventivas de obesidad en adolescentes, que son ponderados como inadecuadas, adecuadas y riesgosas, se han considerado también los indicadores:

- Aspecto físico
- Aspecto emocional
- Aspecto social

Para establecer la significancia de los resultados y ver si existe relación entre las dos variables planteadas, se aplicó la prueba de chi cuadrado, que sirve para estudiar si dos variables cuantitativas tienen relación lineal significativa y si varían conjuntamente y en el mismo sentido o en sentido contrario. Si esa probabilidad es muy pequeña (menor que 0,05), se considerará que los datos son incompatibles con la hipótesis de independencia y se podrá concluir que las variables estudiadas están relacionadas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de relación.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde o_i representa a cada frecuencia observada y e_i representa a cada frecuencia esperada

CAPITULO III RESULTADOS

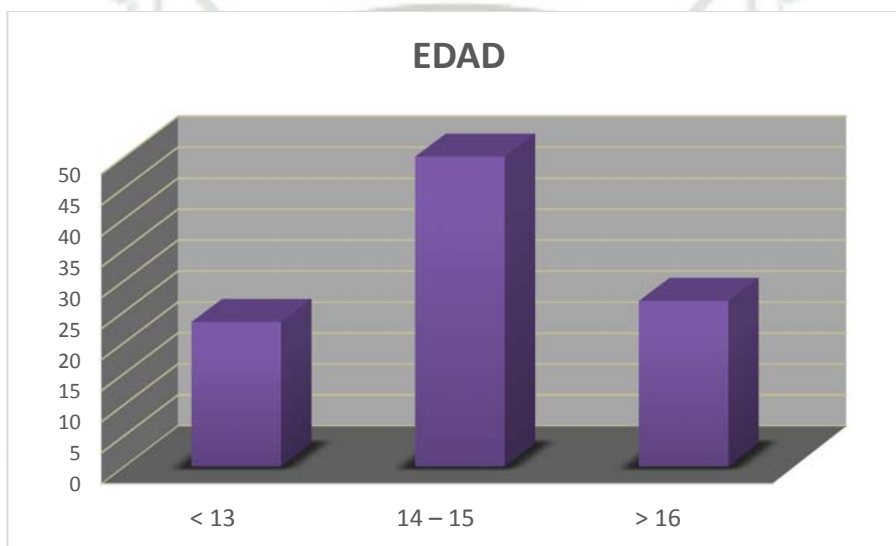


TABLA N° 01

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN EDAD,
AREQUIPA 2013**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 13	20	23,3%
14 – 15	43	50,0%
> 16	23	26,7%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



Se puede comprobar en la tabla y gráfico que del 100% de adolescentes que están comprendidos en la investigación, el 50% tiene edades comprendidas entre los 14 y 15 años; el 26,7% son mayores de 16 años y el restante 23,3% son menores de 13.

Por lo que, podemos concluir que las edades preponderantes en los estudiantes adolescentes investigados son las de 14 y 15 años, con el 50% del total.

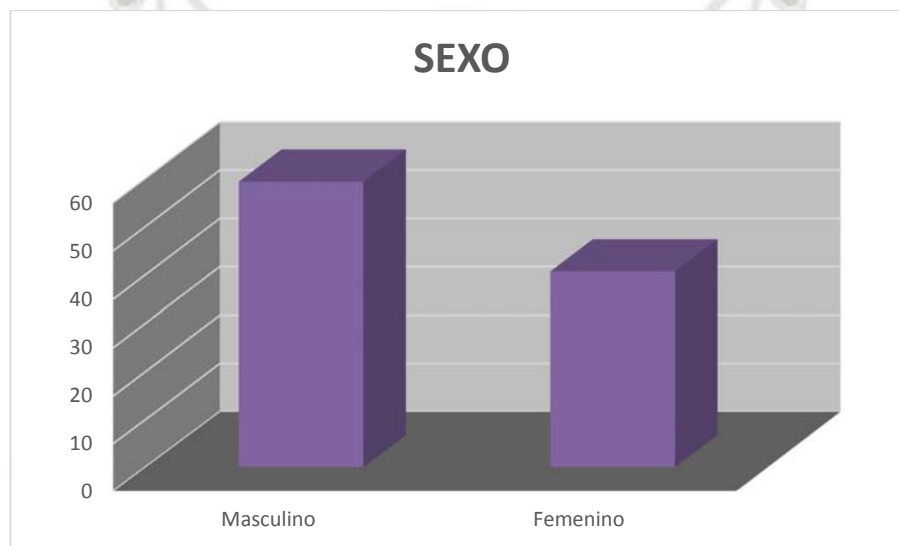
Adolescentes que en su mayoría son de 14 a 16 años, que demuestra la similitud con el trabajo realizado por **Arévalo, Nardy; (Arequipa, 2006)** quien también encontró resultados similares en su investigación y que demuestra que es la población en donde se puede encontrar más este problema de salud pública.

TABLA N° 02

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN SEXO,
AREQUIPA 2013**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	51	59,3%
Femenino	35	40,7%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En lo referente al sexo de los estudiantes estudiados, del 100% de adolescentes encuestados el 59,3% de ellos son de sexo masculino, mientras que el restante 40,7% son de sexo femenino.

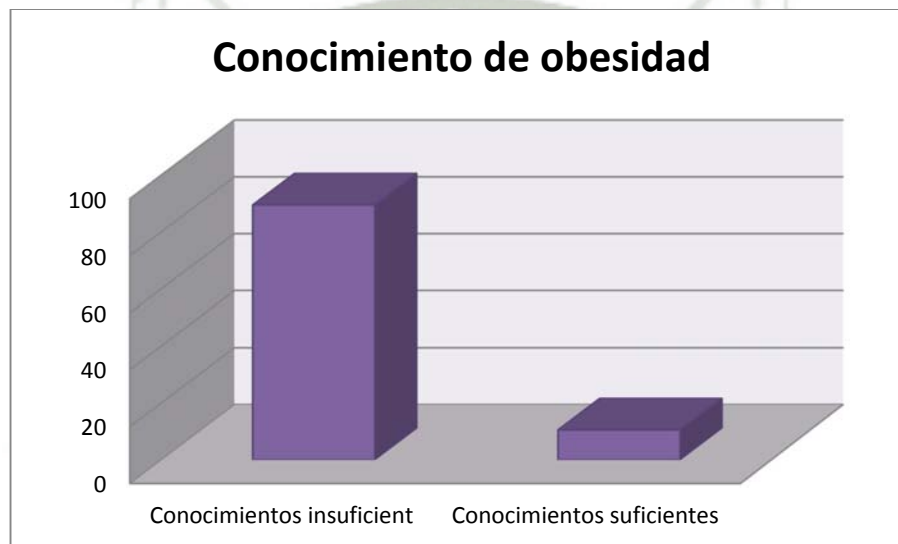
Si bien son varones en un mayor porcentaje los estudiantes de esta institución educativa, eso no indica que tanto hombres como mujeres puedan padecer de esta enfermedad, resultados que los demuestra **Saturnino, B. (Arequipa, 2007)** el que señala que en su estudio no se encontraron diferencias estadísticas ente ambos grupos.

TABLA N° 03

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

CONOCIMIENTO DE OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	77	89,5%
Conocimientos suficientes	9	10,5%
Conocimientos nulos	0	0%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En lo referente a la variable conocimiento de la obesidad, se observa que el 89,5% de los estudiantes encuestados demostraron tener conocimientos insuficientes y solo un 10,5% manifestó tener conocimientos suficientes, no se nota que haya alumnos con conocimientos nulos.

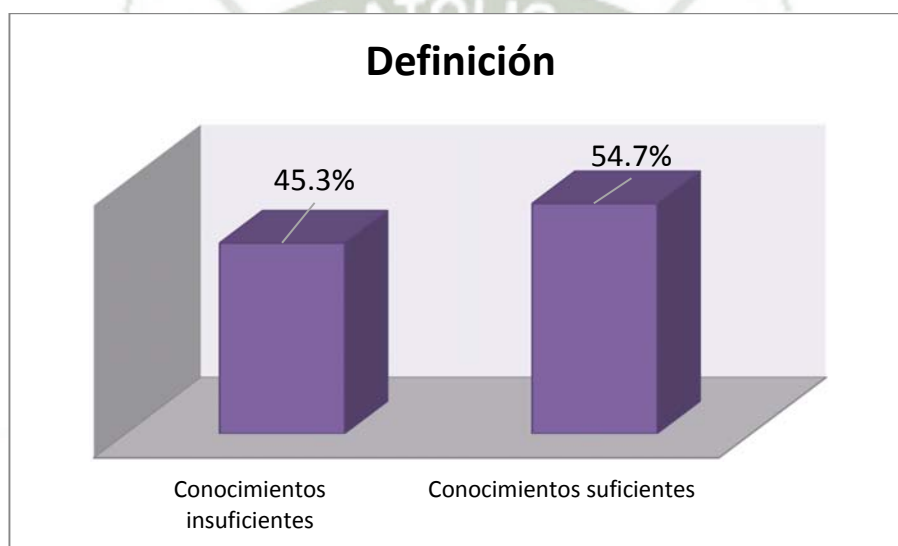
Lo que podría constituir un riesgo, y amerita ampliar el estudio de trabajo con la prevalencia del sobrepeso y obesidad como lo investigo **Barriga, Saturnino; (Arequipa, 2007)**.

TABLA N° 04

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚN DEFINICIÓN DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

DEFINICIÓN DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	39	45,3%
Conocimientos suficientes	47	54,7%
Conocimientos nulos	0	0%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto al indicador definición de la variable independiente conocimiento de la obesidad, se observa que el 54,7% de los adolescentes tiene conocimientos suficientes sobre la definición de esta enfermedad, mientras que el restante 45,3% tiene conocimientos de manera insuficiente.

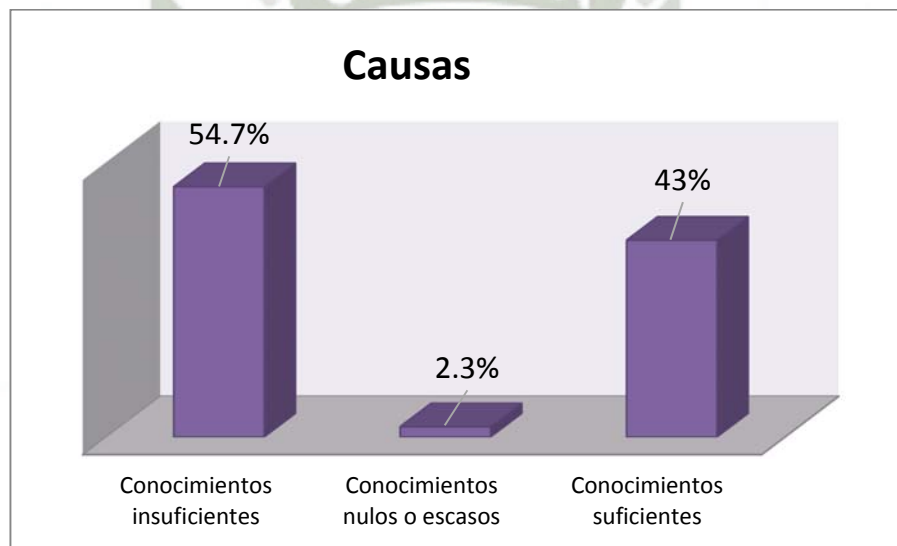
Al no existir conocimientos suficientes sobre lo que es esta enfermedad, se corre el riesgo de padecerla, tal como lo propone **Gorveña, Rodolfo; (Arequipa, 2011)**, quien señala que el desconocimiento y las malas prácticas de vida conllevan a esta enfermedad.

TABLA N° 05

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

CAUSAS DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	47	54,7%
Conocimientos nulos o escasos	2	2,3%
Conocimientos suficientes	37	43,0%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto al indicador causas de la obesidad, se observa que el 54,7% de los adolescentes encuestados tiene conocimientos insuficientes sobre las causas de la obesidad, mientras que 43% de ellos tiene conocimientos suficientes y solo el 2% tiene conocimientos nulos o escasos.

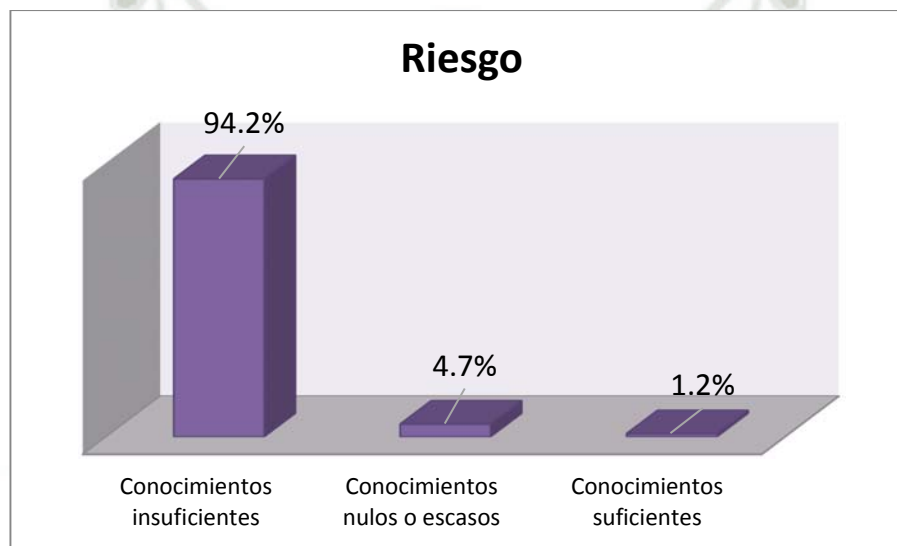
Lo que de mostraría que no se sabe que es esta enfermedad ni por qué se presenta, lo que amerita poder ampliar la investigación, tal como lo plantea **Zamora, E. (México 2008)**, quien ve que al no existir estilos de vida saludable es muy probable que se presente sobrepeso y obesidad en los adolescentes.

TABLA N° 06

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LOS FACTORES DE RIESGO, AREQUIPA 2013**

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	81	94,2%
Conocimientos nulos o escasos	4	4,7%
Conocimientos suficientes	1	1,2%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto a los conocimientos sobre los factores de riesgo de la obesidad, se observa que el 94,2% de alumnos tiene conocimientos insuficientes, mientras que el 4,7% de ellos tiene conocimientos nulos o escasos y el 1,2% tiene conocimientos suficientes.

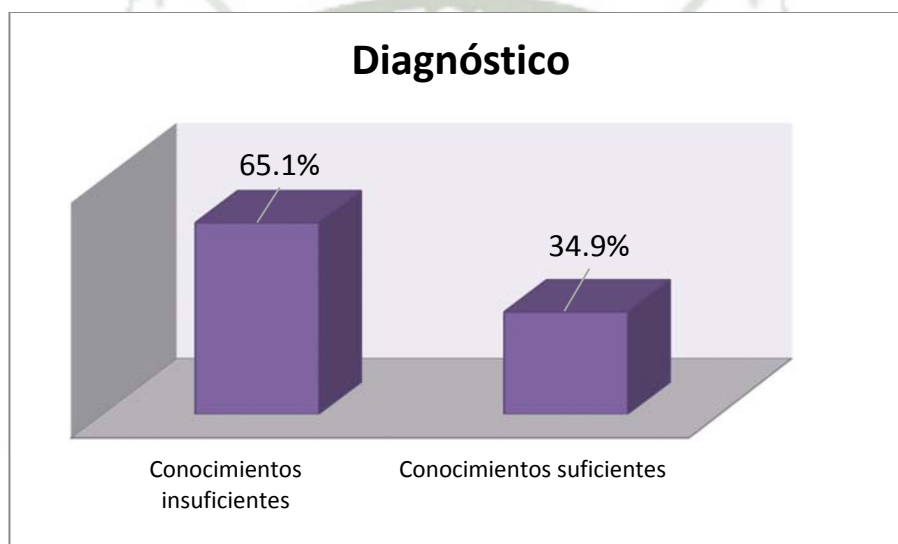
Se demuestra, tal como lo plantea plantea **Cruz, Perry, (2012)**, que en nuestro medio los adolescentes poseen deficientes hábitos alimenticios, no realizan actividad física, lo que genera la probabilidad de tener sobrepeso o ser obesos.

TABLA N° 07

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚN CONOCIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

DIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	56	65,1%
Conocimientos suficientes	30	34,9%
Conocimientos nulos	0	0%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto al conocimiento sobre el diagnóstico de la obesidad, se observa que el 65,1% de alumnos tiene conocimientos insuficientes, mientras que el restante 34,9% tiene conocimientos suficientes sobre la forma de diagnóstico de esta enfermedad, no encontrándose alumnos con conocimientos nulos.

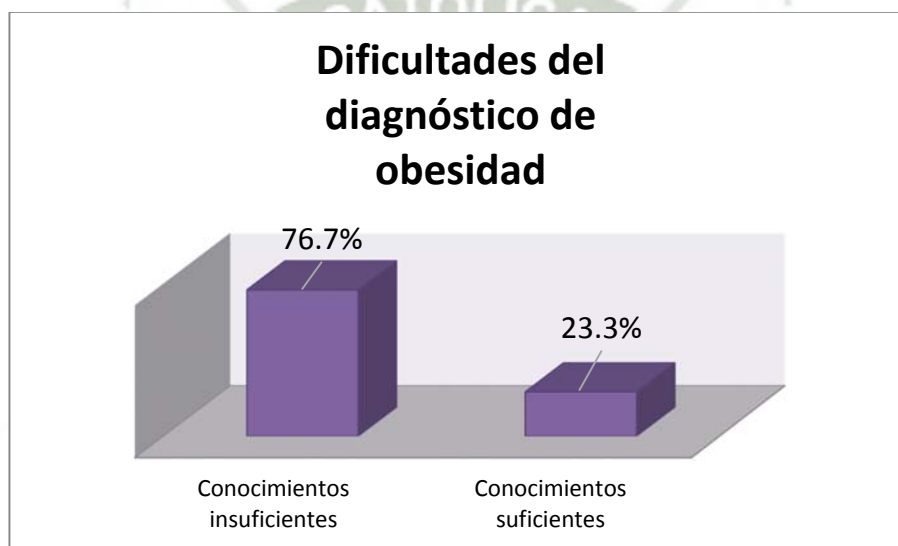
El desconocimiento del diagnóstico de esta enfermedad es perjudicial para todos los adolescentes ya que no se miden ni pesan constantemente para saber si su IMC es el correcto, lo que se refleja en los altos índices de obesidad, tal como lo planteó **Arevalo, Nardy; (2006)**, quien encontró que del total de adolescentes estudiados, el 68% presentan sobrepeso y el 32% obesidad

TABLA N° 08

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚNDIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

DIFICULTADES DEL DIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	66	76,7%
Conocimientos suficientes	20	23,3%
Conocimientos nulos	0	0%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto al conocimiento de las dificultades del diagnóstico de la obesidad, se observa que el 76,7% de los alumnos tiene conocimientos insuficientes, mientras que el restante 23,3% tiene conocimientos suficientes.

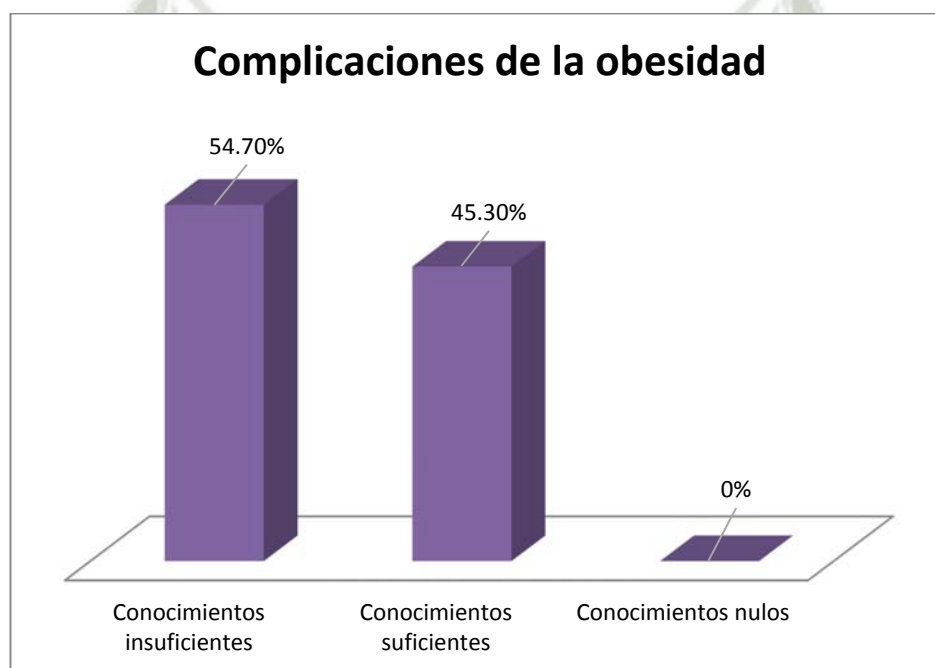
Hay un gran desconocimiento sobre las dificultades para la mediciones para la obesidad, ya que se pueden aplicar mal las tablas respectivas, lo que puede generar confusión hasta en los propias adolescentes, de quien depende en su gran mayoría el padecer esta enfermedad y no de otras personas; tal como lo señala **Alzate, Teresa (2012)**.

TABLA N° 09

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI,
SEGÚN COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimientos insuficientes	47	54,7%
Conocimientos suficientes	39	45,3%
Conocimientos nulos	0	0%
Total	86	100,0%



En cuanto a los conocimientos de las complicaciones de la obesidad, se observa que el 54,7% tiene conocimientos insuficientes, mientras que el 45,3% tiene conocimientos adecuados.

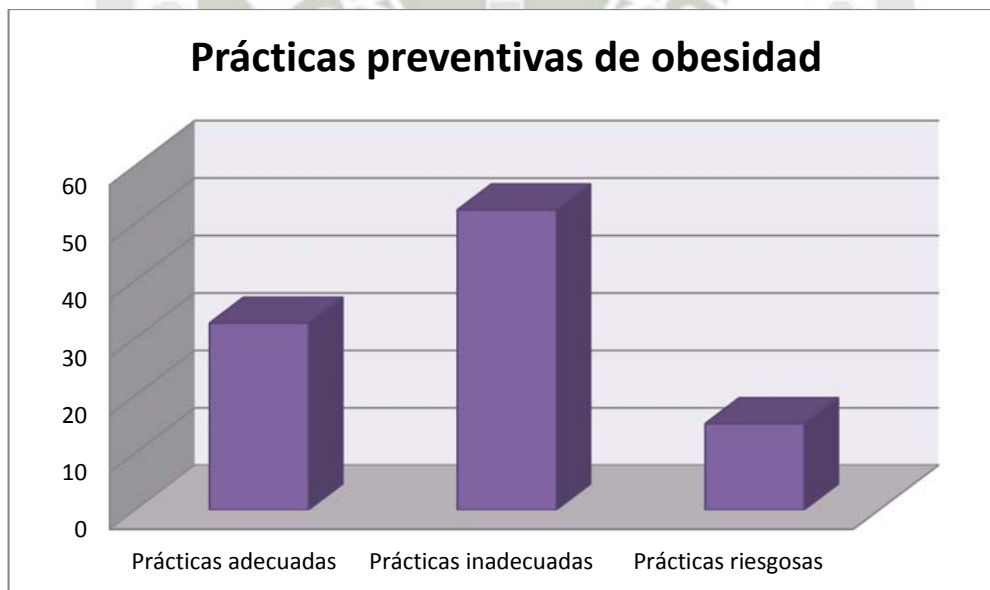
Al no existir los conocimientos suficientes sobre las complicaciones que genera la obesidad, se seguirán cometiendo los mismos hábitos de vida de los jóvenes, tal como lo señala **Zamora, (México, 2010)**, quien señala que se pueden presentar muchas complicaciones a la salud de los adolescentes a pesar de que a esta edad se puede pensar que están gozando de buena salud.

TABLA N° 10

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN
PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013**

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prácticas adecuadas	28	32,6
Prácticas inadecuadas	45	52,3
Prácticas riesgosas	13	15,1
Total	86	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En lo referente a la variable practicas preventivas de la obesidad, se observa que el 52,3% de los alumnos considerados en la investigación tienen prácticas adecuadas sobre la obesidad; 32,6% de ellos demostraron realizar prácticas adecuadas y un 15,1% manifestó realizar prácticas riesgosas.

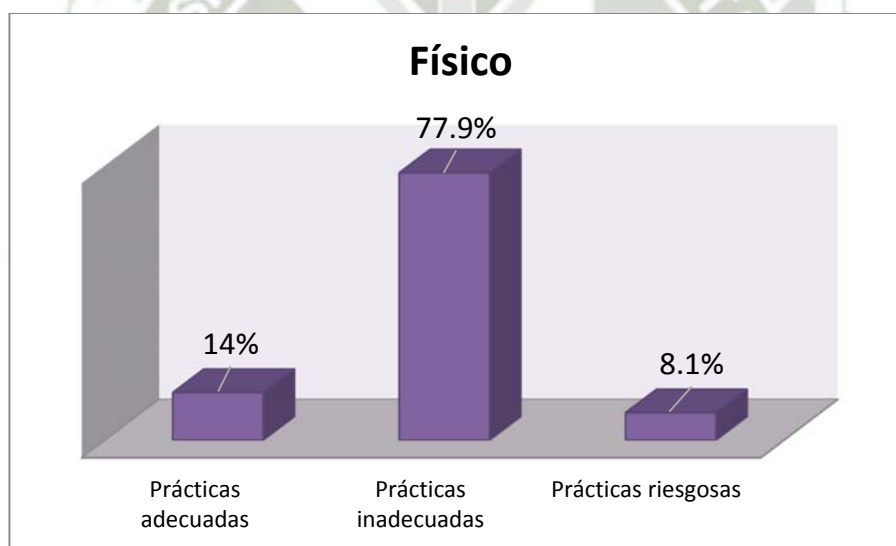
Si comparamos estos resultados con el trabajo realizado con **Gorveña, Rodolfo; (Arequipa, 2011)**, se podría decir que nuestra población al no realizar prácticas de prevención puede constituir en un futuro una población de obesos.

TABLA N° 11

ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN PRÁCTICAS FÍSICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013

PRACTICAS FÍSICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prácticas adecuadas	12	14,0%
Prácticas inadecuadas	67	77,9%
Prácticas riesgosas	7	8,1%
Total	86	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto a las prácticas físicas de prevención de la obesidad en adolescentes, se observa que el 77,9% de ellos realiza prácticas inadecuadas, mientras que el 14% realiza prácticas adecuadas, finalmente, el 8,1% las realiza en forma riesgosa.

No realizan actividad física de los adolescentes para prevenir la obesidad, tal como lo señala también **Arevalo, Nardy; (Arequipa, 2006)** quien señala que este factor es muy importante para evitar padecer de esta enfermedad.

TABLA N° 12

ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN PRÁCTICAS EMOCIONALES DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013

PRÁCTICAS EMOCIONALES DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prácticas adecuadas	17	19.8%
Prácticas inadecuadas	57	66.3%
Prácticas riesgosas	12	14.0%
Total	86	100.0%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto a las prácticas emocionales de prevención de obesidad en adolescentes, se observa que el 66,3% de ellos realiza prácticas inadecuadas, mientras que el 19,8% realiza prácticas adecuadas y el 14,0% lo hacen de forma riesgosa.

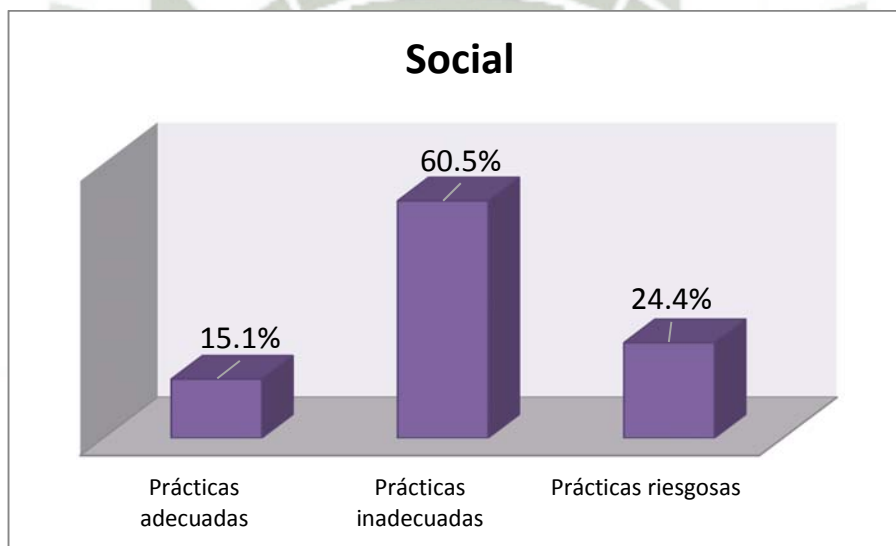
Al ser una edad en donde se producen muchos cambios físicos, estos afectan a su autoestima y al padecer obesidad, les puede traer más problemas, no haciendo diferencias entre hombre o mujeres, así lo señala **Barriga, Saturnino; (Arequipa, 2007)**.

TABLA N° 13

ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN PRÁCTICAS SOCIALES DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD, AREQUIPA 2013

PRÁCTICAS SOCIALES DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prácticas adecuadas	13	15.1%
Prácticas inadecuadas	52	60.5%
Prácticas riesgosas	21	24.4%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2013



En cuanto a las prácticas sociales de prevención de la obesidad, se observa que el 60,5% de los alumnos encuestados realiza prácticas inadecuadas, mientras que el 24,4% realiza prácticas riesgosas y el 15,1% realiza prácticas adecuadas.

La sociedad puede influir mucho en la imagen corporal de los adolescentes los que pueden dejarse guiar por imágenes distorsionadas que les inculquen otros hábitos alimenticios, tal como lo señala **Arevalo, Nardy; (Arequipa, 2006).**

TABLA N° 14

**ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIÁTEGUI, SEGÚN
RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS DE OBESIDAD Y LA PRÁCTICA
PREVENTIVA, AREQUIPA 2013**

Relación entre los conocimientos de obesidad y la práctica preventiva			Prácticas preventivas de obesidad			Total
			Prácticas Adecuadas	Prácticas Inadecuadas	Prácticas Riesgosas	
Conocimiento de obesidad	Conocimientos insuficientes	Recuento	24	41	12	77
		% del total	28%	48%	14%	90%
	Conocimientos suficientes	Recuento	4	4	1	9
		% del total	48%	48%	1%	11%
Total		Recuento	28	45	13	86
		% del total	33%	52%	15%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,662 ^a	2	,718
Razón de verosimilitudes	,638	2	,727
N de casos válidos	86		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,36.

En lo referente a la relación entre las variables conocimientos de obesidad y prácticas preventivas, se observa que el 48% de los alumnos que manifiestan conocimientos insuficientes, a su vez realizan prácticas inadecuadas referentes a la prevención de la obesidad.

Mientras que el 28% de los encuestados con un conocimiento de realidad insuficiente, a su vez realizan prácticas adecuadas preventivas de la obesidad.

Finalmente, el 14% o su equivalente a 12 alumnos manifestaron tener conocimientos insuficientes y a su vez realizar prácticas riesgosas preventivas de la obesidad.

En lo referente al chi cuadrado de Pearson para validar la relación entre las variables, se observa que no existe relación entre ellas, al ser la significación de 0.718, mayor al 0.05 (margen de error) permitido y aceptable. Además, se observa que el chi calculado (0,662) es menor que el chi de tablas (5,991) a dos grados de libertad y con una significancia del 5%. Por lo que concluimos que no se encuentra relación estadística entre ambas variables.

Como resultado general se obtuvo que el 90% de los alumnos encuestados que fueron considerados en la investigación, tenga conocimientos insuficientes sobre la obesidad, mientras que solo un 10% posee conocimientos suficientes.

Para Zamora (Zamora, 2010), la obesidad se ha convertido en una enfermedad con alcances sociales, es decir, sus repercusiones dentro de este ámbito llegan a ser determinantes para el desarrollo de los adolescentes, no solo en materia de salud sino también en la forma en como estos se desenvuelven, se identifican y viven en sociedad con sus semejantes; la obesidad y el sobrepeso se presentan en cualquier nivel socioeconómico y a cualquier edad, incrementándose conforme pasa el tiempo. La obesidad en edades tempranas está motivada de alguna forma por los escasos conocimientos que se tiene sobre esta enfermedad y los estilos de vida saludables (hábitos dietéticos y actividad física) de la población adolescente; pero también en la forma en como el adolescente se relaciona con sus iguales.

Los resultados de la investigación corroboran lo expuesto por Perry Cruz (Perry Cruz, 2012). Los datos obtenidos en su trabajo de investigación demuestran que es necesario reforzar los conocimientos sobre la importancia de hábitos saludables de alimentación y de vida, dado que se aprecian ciertos errores en las prácticas diarias de los adolescentes encuestados, así como desarrollar estrategias educativas y de intervención con la colaboración de la población involucrada con el objetivo de modificar el patrón inadecuado de consumo, además de contribuir a complementar las guías alimentarias aportando una idea clara a la población sobre lo que debe y cuánto debe comer.

En cuanto a las prácticas preventivas de la obesidad que realizan los alumnos, están son inadecuadas y riesgosas en un 67% del total de ellos. Lo que demuestra que no muestran ningún tipo de actividad que les prevenga de esta enfermedad. Alzate, Teresa (2012) señala que la concepción de la prevención y el tratamiento del problema de obesidad adolescente se apunala en la familia y en el medio escolar, que deben prestar más atención a lo que se ha venido calificando de epidemia inminente, y si el profesional de la salud, como responsable también de liderar acciones inmediatas, conoce en profundidad los mecanismos de causalidad de esta problemática, puede ofrecerle al ámbito familiar desde el campo de la pedagogía, la psicología, la nutrición, algunas herramientas pertinentes y necesarias para enfrentarla, y mejorarán las posibilidades de controlarla.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Que, los conocimientos sobre obesidad que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui, la gran mayoría son insuficientes, y solo algunos tienen conocimientos suficientes.

SEGUNDA: Que, las prácticas preventivas de obesidad son inadecuadas y riesgosas en más de la mitad, mientras que la minoría realizan prácticas preventivas adecuadas.

TERCERA: Que, las variables de los conocimientos de obesidad y las prácticas preventivas que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui tienen una relación nula entre ambas.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda al Director del CEP. J.C.Mariátegui que elaboren un plan educativo con el apoyo del personal de salud para realizar una breve introducción de los conocimientos y las prácticas preventivas de obesidad en un horario adecuado que no se interponga con la currícula educativa ya establecida.

SEGUNDA: Se deben realizar otros estudios de investigación que permitan complementar al presente trabajo realizado, para determinar cómo influyen los conocimientos sobre las prácticas preventivas de obesidad en otras instituciones educativas secundarias.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Arana Flores, Sayra**; Relación entre Obesidad en Adolescentes y Horas que Pasan Frente a la Televisión. Editorial Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México. 2008.
2. **Chinchilla Moreno, Alfonso**; Obesidad y Psiquiatría. Masson S.A. Barcelona. 2005.
3. **Doménech LLaberia, Izakun**. Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la Adolescencia. Barcelona. 2006.
4. **Generalitat de Catalunya**, protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edades periféricas, España, 2008.
5. **Hernández, Juan**. La Educación Física, los Estilos de Vida y los Adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan. Editorial Graó. Barcelona. 2007.
6. **Heyward**. Evaluación de la Aptitud Física y Prescripción del Ejercicio. Quinta edición. Editorial Médica Panamericana. España. 2006.
7. **Luna, J**. Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. México. 2005
8. **Manuel Peña, Jorge**. La Obesidad En La Pobreza: Un Nuevo Reto para la Salud Publica. Organización Panamericana de la Salud. México. 2006.
9. **Marcelli, Daniel; Braconnier, Alain**; Psicopatología del Adolescente. Segunda edición. Masson S.A. Barcelona. 2005.
10. **Marín Rodríguez, Zoila**. Elementos de Nutrición Humana. España. 2006.
11. **Meléndez, Guillermo**. Factores Asociados con Sobrepeso y Obesidad en el Ambiente Escolar. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2005.
12. **Moreno, Basilio**. La Obesidad en el Tercer Milenio. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2006.
13. **Neumark-Sztainer, Dianne**. Nutrición para Adolescentes. Ediciones Robinbook. Barcelona. 2008.
14. **Redondo Figuero, Carlos**; Galdó Muñoz, Gabriel; García Fuentes, Miguel. Atención Al Adolescente. Ediciones de la Universidad de Cantabria. España. 2006.
15. **Ríos Saldaña, María**. Intervención Psicológica para Adolescentes, Psicom editores. Bogotá. 2008.
16. **Trinidad Ayala, María Rosario**. Adolescentes: trastornos de alimentación. Editorial club Universitario. Ecuador. 2009.

PÁGINAS WEB

LÓPEZ RAFAEL, Rosa; La obesidad, un problema de salud pública,

<http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VII%202009/10-%20Obesidad.htm> [consultado el 21, 08, 2012].

MINISTERIO DE SALUD; Conferencia Internacional: Nutrición y Obesidad: Nuevas evidencias, ideas emergentes y políticas públicas, <http://www.minsa.gob.pe/cino/index.asp> [consultado el 23, 08, 2012].

CABRERIZO, LUIS; Complicaciones asociadas a la obesidad

http://www.fesnad.org/publicaciones/pdf/RENC_SEEN.pdf [consultado el 25, 08, 2012]

CALVA, M. Obesidad.

México <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml#justif> [Consultado el 27, 08, 2012]



ANEXO



ANEXO 1

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS DE
OBESIDAD DE LOS ADOLESCENTES**

Buenos días, me encuentro desarrollando un trabajo de investigación para medir los conocimientos que tienen los adolescentes sobre la obesidad.

Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y marca la respuesta que creas que es la conveniente.

Datos sociodemográficos:

Edad: < 13 años ()

Género: M () F ()

14– 15 años ()

>16 años ()

ITEMS	SI	NO
1. La obesidad es el aumento excesivo del peso corporal.		
2. Ingerir más grasa de la necesaria puede generar obesidad.		
3. La obesidad es una enfermedad que se puede pasar de padres a hijos – nietos.		
4. El desorden en los horarios de alimentación puede generar obesidad.		
5. El uso de ciertos medicamentos causa obesidad.		
6. Un adolescente puede subir de peso rápidamente y llegar a la obesidad en pocos años.		
7. Existen varios tratamientos contra la obesidad en adolescentes.		
8. La obesidad se presenta solo en personas pobres.		
9. El ancho de la cintura permite saber si hay obesidad.		
10. Saber cuánta grasa tienes en tu cuerpo permite determinar si eres obeso.		
11. La relación entre el peso y la talla pueden indicar si es que se es obeso o no.		
12. Es difícil identificar la obesidad en sus inicios.		
13. Cambios en la contextura física dificultan detectar la obesidad.		
14. Medir la talla y el peso frecuentemente permite prevenir la obesidad.		

Muchas gracias por tu participación.

**CÉDULA DE PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS
PARA PREVENIR LA OBESIDAD**

Para medir las prácticas preventivas aplicaremos un cuestionario Tipo Escala de Likert con afirmaciones sobre las prácticas que realiza el adolescente para prevenir la obesidad.

Las respuestas son opiniones basadas en TU experiencia, por lo tanto **no hay respuestas correctas ni incorrectas.**

Lee cuidadosamente cada uno de los enunciados y marca la respuesta que mejor describa tu opinión.

La escala utilizada es:

TA= total acuerdo A= Acuerdo I = Indeciso D = Desacuerdo ID = Total desacuerdo

ITEMS	TA	A	I	D	TD
1. La obesidad trae complicaciones al hígado.					
2. La obesidad trae consigo dolores en la columna y en las rodillas.					
3. La obesidad no deja que pueda respirar bien.					
4. Participar en diversas actividades con la familia me ayudará contra la obesidad.					
5. Hay que estar activo constantemente, no estar mucho tiempo frente al televisor o computadora.					
6. Sentirse bien con mi contextura, evita tener una mala autoestima.					
7. Estar con mis amigos evita que me reprima.					
8. El aislarme no me ayuda y debo salir a la calle con naturalidad.					
9. Las personas a mi alrededor pueden influir al momento de elegir lo que consumiré.					

Muchas Gracias por tu participación.

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yodeclaro, libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación: Prevención de obesidad en adolescentes de la Institución Educativa Mariátegui, que se va a realizar en dicha institución.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los resultados consistirán en la aplicación de cuestionarios y que los riesgos a mi persona será ninguno.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee; también que puedo solicitar información adicional de los riesgos y beneficios de mi participación en el estudio. En caso que decida retirarme, no seré afectado.

Firma:

Arequipa, de Abril 2013

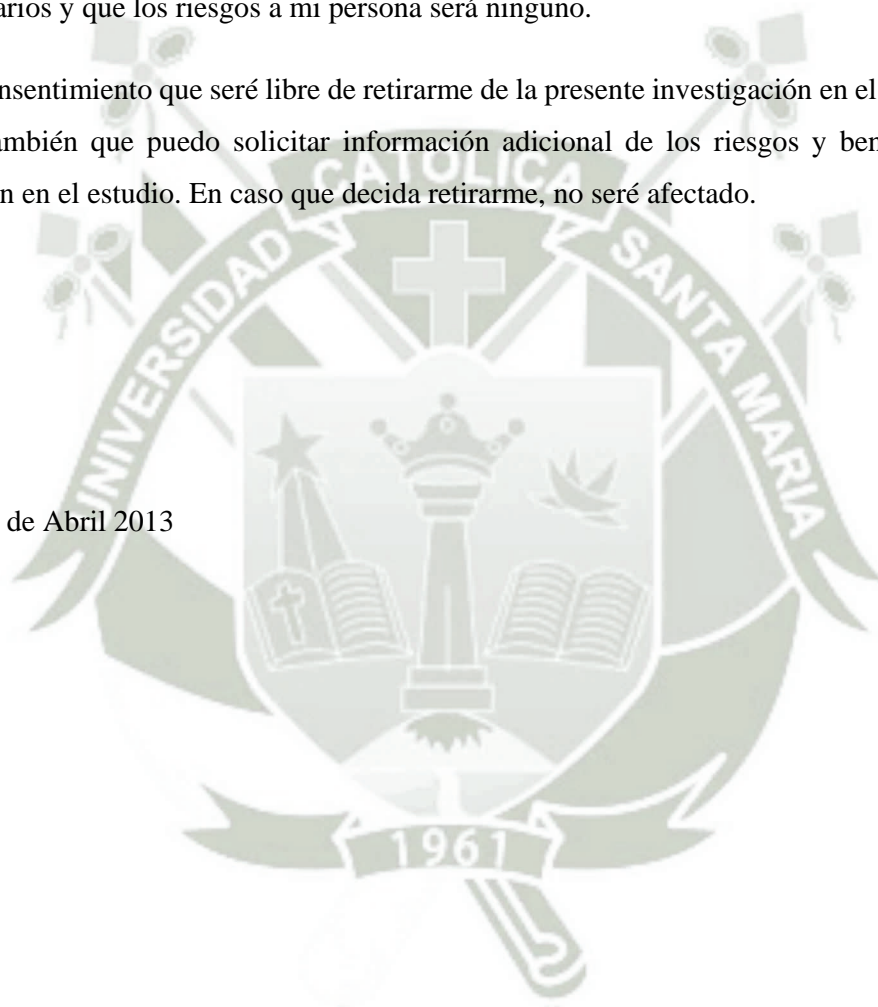


Imagen N° 1 y 2 : Ingresando a la Institución Educativa Mariátegui para realizar las encuestas a los alumnos de Tercero, Cuarto y Quinto del nivel Secundario, así mismo darles una breve introducción acerca del tema investigado.



IMAGEN N°1



IMAGEN N° 2

Imagen N° 3 y 4 : Repartiendo las encuestas a los alumnos y explicándoles algunas dudas que ellos tenían.



IMAGEN N° 3



IMAGEN N° 4

Imagen N° 5 y 6: Los alumnos terminando de realizar las encuestas, agradeciéndoles por su tiempo y atención y despidiéndonos de ellos.



IMAGEN N° 5



IMAGEN N° 6