

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



“FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020”

Tesis presentada por la Bachiller:

Rocha Tejada, Francsine Luciana

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dra. Muñoz del Carpio Toia, Águeda

Arequipa - Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA PERÚ

(51 54) 382038

http://www.ucsm.edu.pe

facebook.com/ucsm.edu.pe

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 029-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

ROCHA TEJADA FRANCISCINE LUCIANA

Nuestro dictamen es:

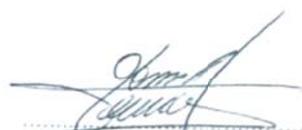
APTO

OBSERVACIONES:

18-5-20 Revisión y ordenamiento de Bibliografía

23-5-20 Cumplió con observaciones

Arequipa, 23 -05-20


.....
DR. GERMAN VARGAS OLIVERA


.....
DRA. LILY MONTESINOS VALENCIA


.....
DRA. MILAGROS SIERRA BRACAMONTE

DEDICATORIA

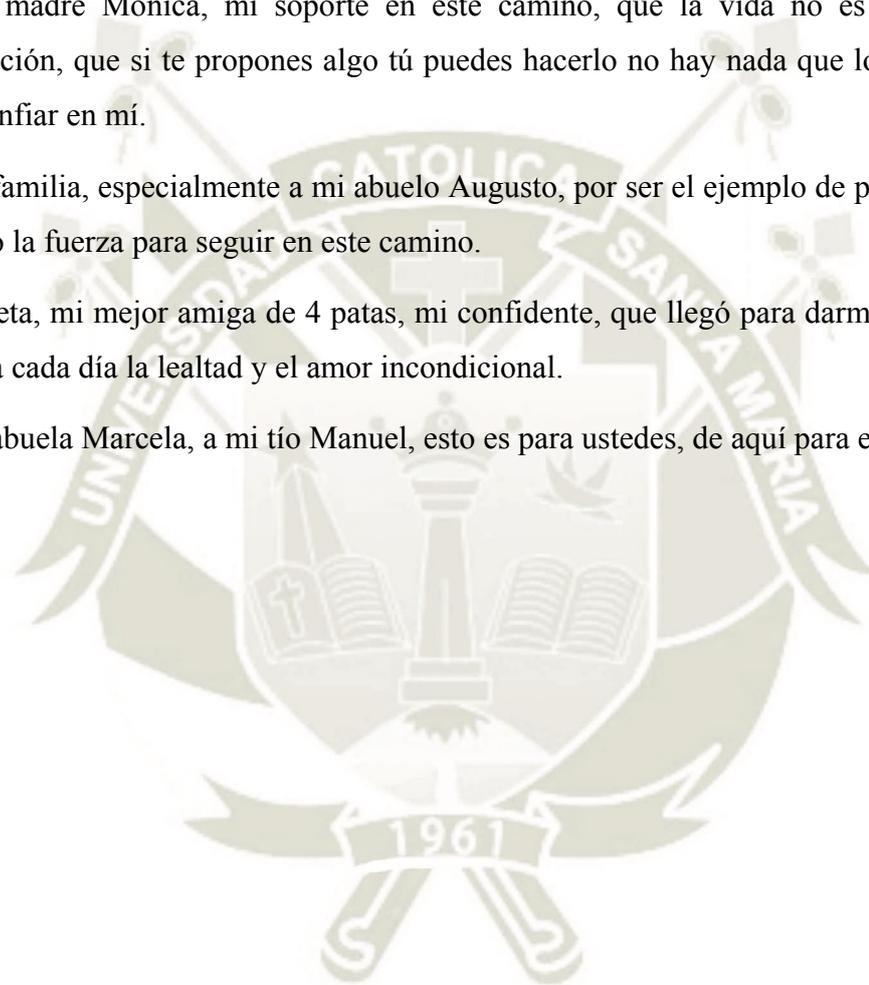
A Dios por acompañarme en cada etapa de este largo camino y ser mi fuerza para seguir adelante.

A mi madre Mónica, mi soporte en este camino, que la vida no es de suerte es de dedicación, que si te propones algo tú puedes hacerlo no hay nada que lo impida. Gracias por confiar en mí.

A mi familia, especialmente a mi abuelo Augusto, por ser el ejemplo de perseverancia, que me dio la fuerza para seguir en este camino.

A Julieta, mi mejor amiga de 4 patas, mi confidente, que llegó para darme alegría, que me enseña cada día la lealtad y el amor incondicional.

A mi abuela Marcela, a mi tío Manuel, esto es para ustedes, de aquí para el cielo.



AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme en este largo camino, sin él no estaría aquí.

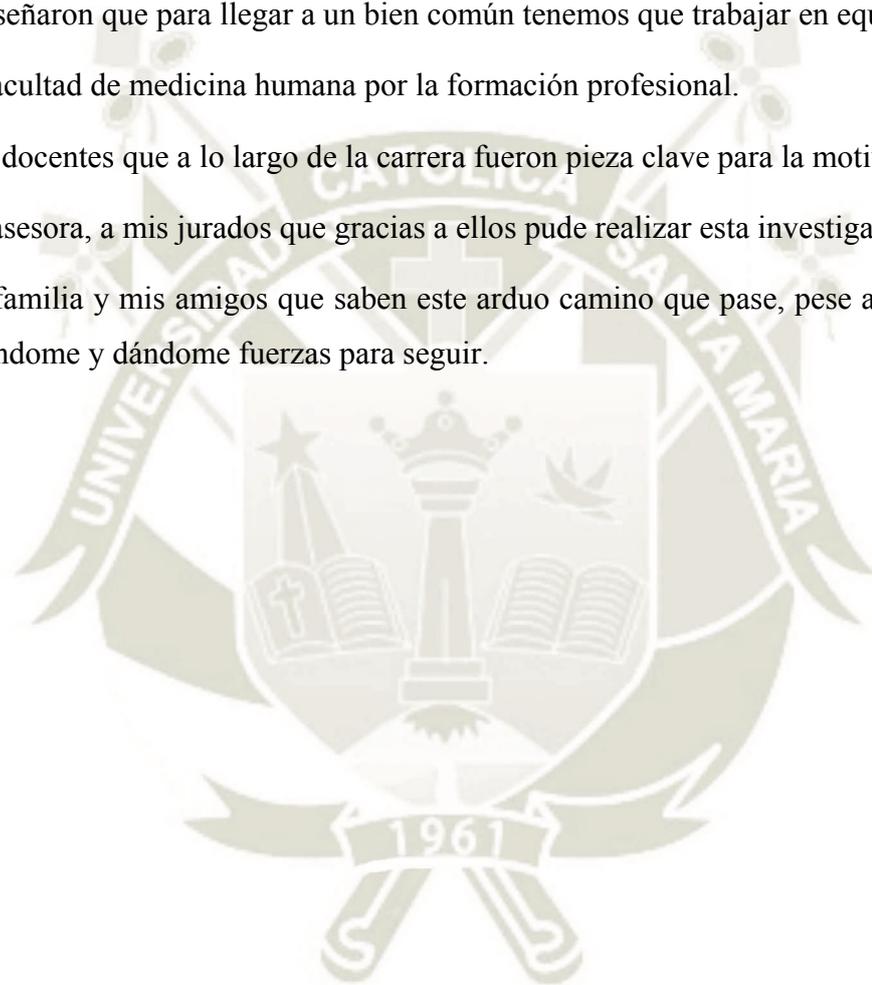
A mi querido hospital Goyeneche III donde fue sin duda el mejor año de mi carrera, donde me enseñaron que para llegar a un bien común tenemos que trabajar en equipo.

A la facultad de medicina humana por la formación profesional.

A mis docentes que a lo largo de la carrera fueron pieza clave para la motivación.

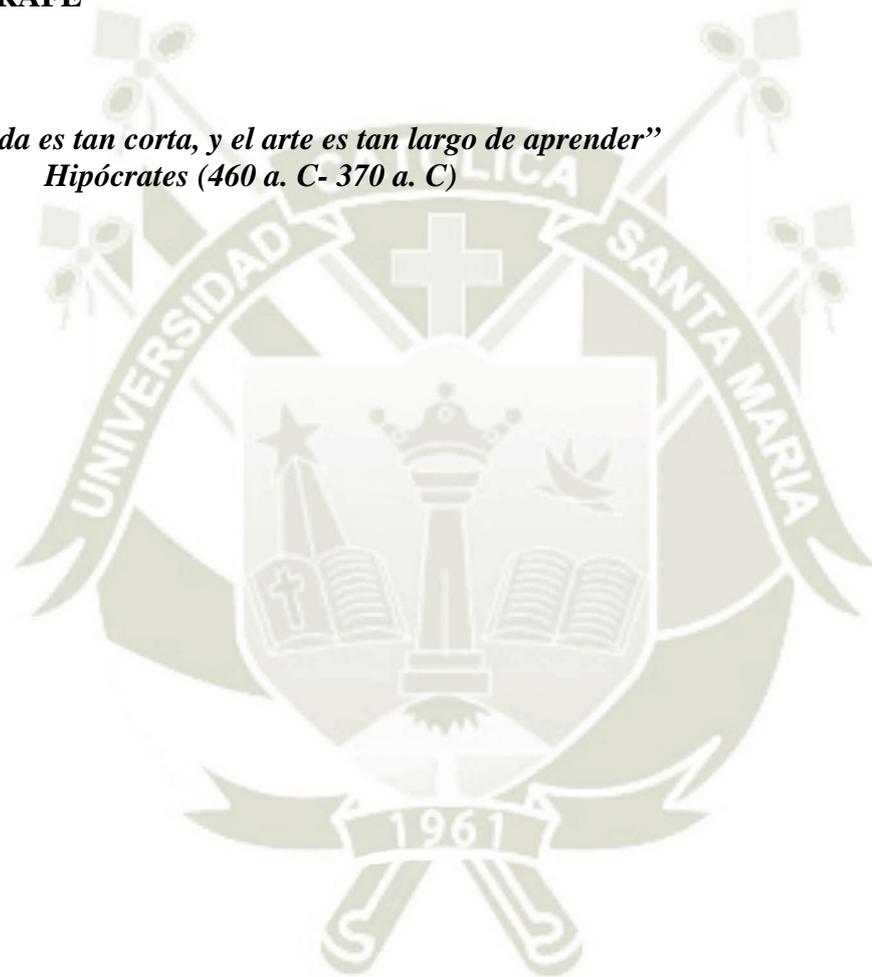
A mi asesora, a mis jurados que gracias a ellos pude realizar esta investigación.

A mi familia y mis amigos que saben este arduo camino que pase, pese a todo, estuvieron apoyándome y dándome fuerzas para seguir.



EPÍGRAFE

*“La vida es tan corta, y el arte es tan largo de aprender”
Hipócrates (460 a. C- 370 a. C)*



RESUMEN

Objetivo: Demostrar la relación entre la frecuencia de ingesta de comida rápida y el tipo de dieta en adolescentes preuniversitarios de la academia Villegas.

Métodos: Se estudió una muestra de 53 adolescentes preuniversitarios a través de encuesta y evaluación antropométrica. Se comparan grupos con prueba chi cuadrado, y se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: El 54,72% de los estudiantes eran mujeres y el 45,28% hombres, con el 24,53% de un total de 15 años, el 30,19% de los 16 años y el 45,28% de los 17 años. Usando un índice de masa corporal, la condición normal fue de 49.06%, con un bajo peso de 5.66%, sobrepeso de 33.96% y obesidad de 11.32%. El estado nutricional mediante impedanciometría mostró que con 3.77%, eran delgados, 60.38% saludables, 18.87% con sobrepeso y 16.98% obesos. El 64.15% consume comida rápida de 0 a 3 veces por semana, el 24.53% lo hace 4-7 veces por semana y el 11.32% más de 7 veces por semana. 5.66% consume dietas bajas en calorías, 45.28% balanceadas y 49.06% consume dietas hipercalóricas. Cuando comen comida rápida menos de cuatro veces a la semana, el 52.94% tiene una dieta equilibrada y el 41.18% tiene pocas calorías. A medida que el consumo aumenta de 4 a 7 veces por semana, el 30.77% tiene dietas equilibradas y el 69.23% tiene una dieta baja en calorías. Cuando el consumo de comida rápida es mayor de siete veces, el 16.67% de los estudiantes tiene una dieta hipocalórica, 33.33% balanceada, pero 50% hipercalórica ($p > 0.05$). Existe una relación directa pero de baja intensidad ($\rho < 0.30$) entre la tasa de consumo de comida rápida y la presencia de una dieta hipercalórica.

Conclusiones: Existe una relación directa de baja intensidad entre la mayor frecuencia de ingesta de comida rápida y el tipo de dieta hipercalórica en adolescentes preuniversitarios.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, comida rápida, tipo de alimentación.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the relationship between the frequency of fast food intake and the type of diet in pre-university adolescents from the Villegas Academy.

Methods: A sample of 53 pre-university adolescents was studied through an anthropometric survey and evaluation. Groups with chi square test are compared, and variables are associated using Spearman's correlation coefficient.

Results: 54.72% of students were women and 45.28% men, with 24.53% of the total of 15 years, 30.19% of 16 years and 45.28% of 17 years. Using a body mass index, the normal state prevailed 49.06%, with underweight in 5.66%, overweight in 33.96% and obesity in 11.32%. Nutritional status through impedanciometry showed that in 3.77% they were thin, 60.38% healthy, 18.87% overweight and 16.98% obese. 64.15% consume fast foods 0 to 3 times a week, 24.53% do it 4-7 times a week, and 11.32% more than 7 times a week. 5.66% consume low-calorie diets, 45.28% balanced, and 49.06% consume hypercaloric diets; When they eat fast foods less than 4 times a week, 52.94% have balanced diets and 41.18% are low-calorie. When consumption increases 4-7 times per week, 30.77% have balanced diets and 69.23% hypercaloric diet. When the consumption of fast food is greater than 7 times, 16.67% of students have a hypocaloric diet, 33.33% balanced, but 50% hypercaloric ($p > 0.05$). There is a direct but low intensity relationship ($\rho < 0.30$) between the frequency of consumption of fast foods and the presence of a hypercaloric diet.

Conclusions: There is a direct low intensity relationship between the higher frequency of fast food intake and the type of hypercaloric diet in pre-university adolescents.

KEY WORDS: adolescents, fast food, type of diet.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el acceso a la comida rápida en nuestra sociedad ha llevado a un estilo de vida poco saludable, es decir, hábitos alimenticios poco saludables y poca actividad física, lo que ha llevado a una mayor incidencia de obesidad y un alto riesgo de comorbilidad, como diabetes mellitus, presión arterial alta, síndrome metabólico, entre otras cosas no menos importantes (1, 4).

En las primeras etapas de la vida humana, aquí es donde se produce la consolidación y adquisición de estilos de vida saludables. Por otro lado, en los adolescentes se considera la etapa de consolidación de los comportamientos que provienen de las primeras etapas del hombre, pero principalmente esta es la etapa donde se integran los nuevos hábitos y los estilos de vida adquiridos (2, 3).

En nuestra sociedad, ha significado que el fácil acceso a la comida rápida puede desplazar a los alimentos saludables en los jóvenes debido a varios factores: la familia, las escuelas y los medios de comunicación (1).

En la familia debido a la falta de dedicación a la cocina, la falta de interés en la comida y la pérdida de la autoridad de los padres que hace que muchos niños y / o jóvenes coman cuándo, cómo y qué quieren (5, 13). Uno de los factores más importantes es la situación económica que afecta los patrones de consumo de niños y adultos (14), en consecuencia, las familias están adoptando nuevas formas de cocinar y organizarse. Dé ejemplos como alimentos preparados que se han vuelto populares en la comunidad laboral durante el tiempo limitado para cocinar (15).

En los centros educativos, como escuelas, academias, universidades, no importan el tipo de dieta y aquí es donde se observa el exceso de grasa y azúcar, y no promueven ni previenen estilos de vida saludables. Actualmente, las tácticas para prevenir el sobrepeso y / o la obesidad no están bien adaptadas, es decir, no hay programas dirigidos al entorno familiar para personas en riesgo de obesidad y programas desarrollados en el entorno educativo (16).

En este sentido, las medidas de promoción y prevención de la escuela son responsabilidad de los docentes a través del contenido temático de materias como la ciencia. Sin embargo, es necesario abordar este tipo de problemas desde una perspectiva general (17), permitiendo que se combinen conocimientos, actitudes y comportamientos saludables para

promover un estilo de vida saludable en los niños (18), e incluso coadyuve a evitar la aparición de síntomas de trastornos alimentarios (19).

Los medios de comunicación son cruciales en la adolescencia porque es una etapa en la construcción de la identidad, es más fácil manipular lo que ve, es por eso que los precios bajos y el mismo estilo de vida que él hace, y no hay tiempo para comer en casa los alimentos se comercializan (6).

Desafortunadamente, estos nuevos alimentos están aumentando, estos alimentos poco saludables son la opción más barata para aliviar el hambre. Esta opción define un patrón dietético que, junto con un estilo de vida sedentario y la exposición a sustancias nocivas, elimina las enfermedades crónicas y aumenta la morbilidad y la mortalidad (20).

La alimentación en nuestro país está mal distribuida en una proporción predominante por carbohidratos y grasas donde el consumo es alto en calorías y bajo en fibra que conlleva a ganancia ponderal.

En nuestro país, la obesidad y / o el sobrepeso provocan muertes relacionadas con estilos de vida poco saludables, llamados estilos de vida sedentarios. El aumento de la obesidad infantil conduce a un mayor riesgo de sufrir una enfermedad durante la edad adulta.

Por esta razón, cultivar y promover estilos de vida saludables sería beneficioso para el futuro y, especialmente, en una etapa como la adolescencia, cuando son más susceptibles al desarrollo de nuevos hábitos. Recuerde que al menos el 50% de los adolescentes tienen sobrepeso u obesidad (11). La juventud es una etapa que hemos superado, donde la promoción de la comida rápida en la televisión es más frecuente, las escuelas para brindar servicio a los estudiantes olvidan un estilo saludable, entre la escuela y la universidad, el desequilibrio El crecimiento de los estudiantes llega cuando se preparan para ir a la universidad, reducen la actividad física y el deterioro de los alimentos al mismo tiempo y debido a los bajos precios (12). Debemos ser conscientes de que la obesidad puede volverse imposible de curar, y la identificación temprana de los niños obesos y su tratamiento correcto pueden al menos reducir la intensidad de este problema (21).

Finalmente, somos lo que comemos y no debemos olvidar que el cambio se debe a nosotros.

Después de realizar el estudio, encontramos que existe una relación directa entre la ingesta de comida rápida y el tipo de dieta en la que prevalece el hipercalórico. Los resultados de la investigación servirán para promover, promover estilos de vida saludables desde las

primeras etapas de la vida, es decir, con el equilibrio, es decir, con la actividad física y el tipo de dieta equilibrada, se pueden reducir las comorbilidades.



ÍNDICE

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	40
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	51
Anexo 1. Ficha de recolección de datos	52
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	62
Anexo 3 Proyecto de investigación	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de adolescentes preuniversitarios según edad y sexo	6
Tabla 2 Antecedentes patológicos en los adolescentes	8
Tabla 3 Valoración del estado nutricional mediante IMC en los adolescentes	10
Tabla 4 Valoración del estado nutricional mediante impedanciometría en los adolescentes.....	12
Tabla 5 Valoración de la actividad física en los adolescentes.....	14
Tabla 6 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: lácteos y derivados ..	16
Tabla 7 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carnes, huevos y menestras	18
Tabla 8 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carbohidratos.....	20
Tabla 9 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Frutas, frutos secos y mantequilla.....	22
Tabla 10 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Verduras y hortalizas	24
Tabla 11 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Dulces y postres	26
Tabla 12 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Miscelánea	28
Tabla 13 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Bebidas.....	30
Tabla 14 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Comidas rápidas....	32
Tabla 15 Frecuencia semanal de consumo de comida rápida en los adolescentes	34
Tabla 16 Tipo de alimentación predominante en los adolescentes	36
Tabla 17 Relación entre la frecuencia de consumo de comida rápida y tipo de alimentación en adolescentes.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de adolescentes preuniversitarios según edad y sexo.....	7
Gráfico 2 Antecedentes patológicos en los adolescentes	9
Gráfico 3 Valoración del estado nutricional mediante IMC en los adolescentes.....	11
Gráfico 4 Valoración del estado nutricional mediante impedanciometría en los adolescentes.....	13
Gráfico 5 Valoración de la actividad física en los adolescentes	15
Gráfico 6 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: lácteos y derivados	17
Gráfico 7 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carnes, huevos y menestras.....	19
Gráfico 8 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carbohidratos.....	21
Gráfico 9 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Frutas, frutos secos y mantequilla.....	23
Gráfico 10 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Verduras y hortalizas	25
Gráfico 11 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Dulces y postres.	27
Gráfico 12 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Miscelánea	29
Gráfico 13 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Bebidas.....	31
Gráfico 14 Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Comidas rápidas.	33
Gráfico 15 Frecuencia semanal de consumo de comida rápida en los adolescentes.....	35
Gráfico 16 Tipo de alimentación predominante en los adolescentes	37
Gráfico 17 Relación entre la frecuencia de consumo de comida rápida y tipo de alimentación en adolescentes.....	39



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta y la evaluación antropométrica.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos para cada paciente: género, edad, talla, peso, índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal, frecuencia de uso de locales de comida rápida (Anexo 1) y una encuesta de opción múltiple para cada paciente: hábitos alimenticios (encuesta de hábitos alimentarios elaborada por el programa nutrición y dietética de la Pontificia Universitaria Javeriana- 2014) (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en la academia preuniversitaria Villegas.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural en el periodo comprendido entre enero y febrero del año 2020.

2.3. Unidades de estudio:

adolescentes preuniversitarios de la academia Villegas.

2.4. Universo:

La población estuvo constituida por todos los adolescentes preuniversitarios de la academia Villegas.

2.5. Muestra:

No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se abarcó a toda la población que cumplieron los criterios de selección.

2.6. Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Adolescentes entre 15 y 17 años
 - Participación voluntaria del presente trabajo
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Ausente el día de realización del estudio
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Observacional, prospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó autorización a la dirección de la academia preuniversitaria para la realización del estudio. Se contacto a los adolescentes para logra su participación voluntaria.

Se evaluó el peso, la talla y se realizó una medición de la composición corporal mediante impedanciometría para calcular la masa grasa y masa magra y determinar su estado nutricional.

Se aplicó una encuesta para valorar la frecuencia de consumo de alimentos y el tipo de alimentación, así como la frecuencia de consumo de comida rápida.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos no requiere de validación ya que es un instrumento para recolectar información.

Las encuestas alimentarias: Encuesta hábitos alimenticios fue elaborada y validada por el programa nutrición y dietética de la Pontificia Universitaria Javeriana- 2014.

5.3. Criterios para manejo de resultados

5.3.1. Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

5.3.2. Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

5.3.3. Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

5.3.4. Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

5.3.5. Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

5.3.6. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de frecuencia; para variables categóricas se emplearon proporciones. La comparación de variables entre grupos se realizó con prueba chi cuadrado, y la asociación entre variables se realizó con el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 22.0 para Windows.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 1
Distribución de adolescentes preuniversitarios según edad y sexo

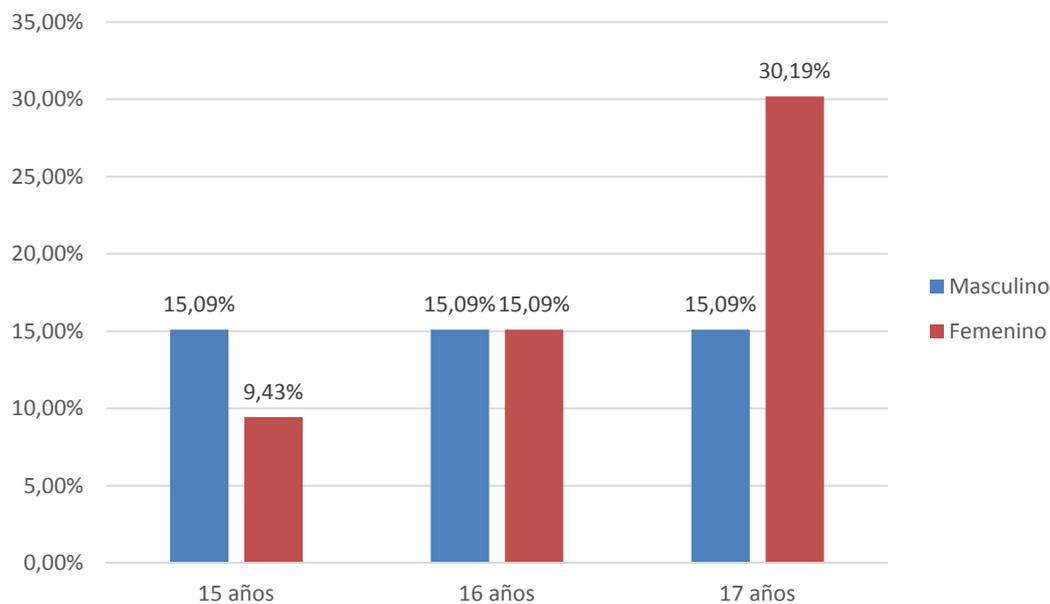
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 años	8	15.09%	5	9.43%	13	24.53%
16 años	8	15.09%	8	15.09%	16	30.19%
17 años	8	15.09%	16	30.19%	24	45.28%
Total	24	45.28%	29	54.72%	53	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 1

Distribución de adolescentes preuniversitarios según edad y sexo



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 2
Antecedentes patológicos en los adolescentes

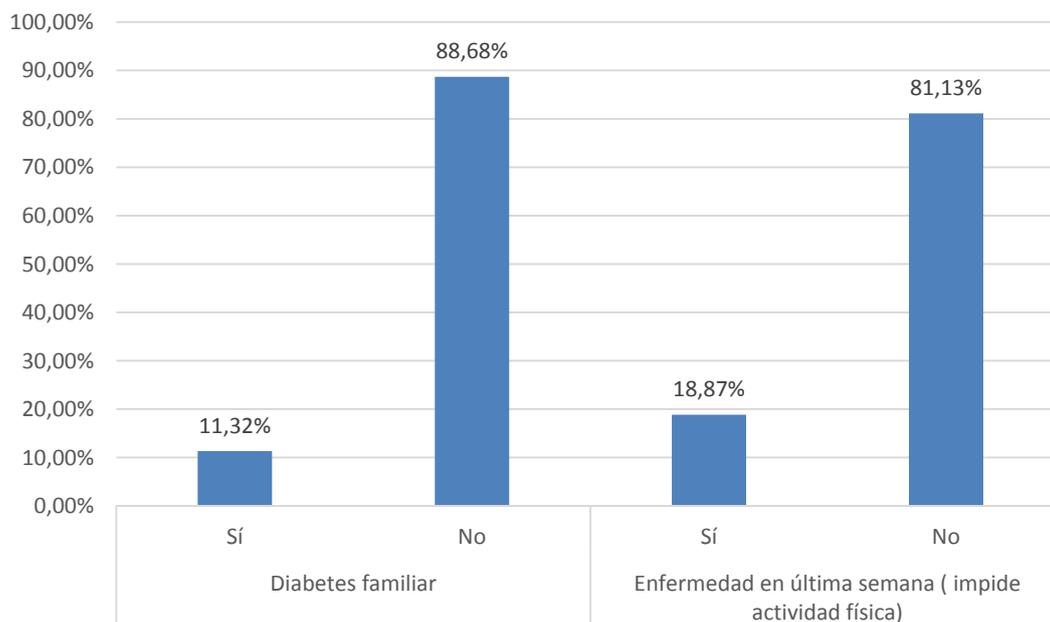
		N°	%
Diabetes familiar	Sí	6	11.32%
	No	47	88.68%
Enfermedad en última semana (impide actividad física)	Sí	10	18.87%
	No	43	81.13%
Total		53	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 2

Antecedentes patológicos en los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 3
Valoración del estado nutricional mediante IMC en los adolescentes

Nutrición	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Infrapeso	2	8.33%	1	3.45%	3	5.66%
Normal	12	50.00%	14	48.28%	26	49.06%
Sobrepeso	8	33.33%	10	34.48%	18	33.96%
Obeso	2	8.33%	4	13.79%	6	11.32%
Total	24	100.00%	29	100.00%	53	100.00%

Chi²= 0.91

G. libertad = 3

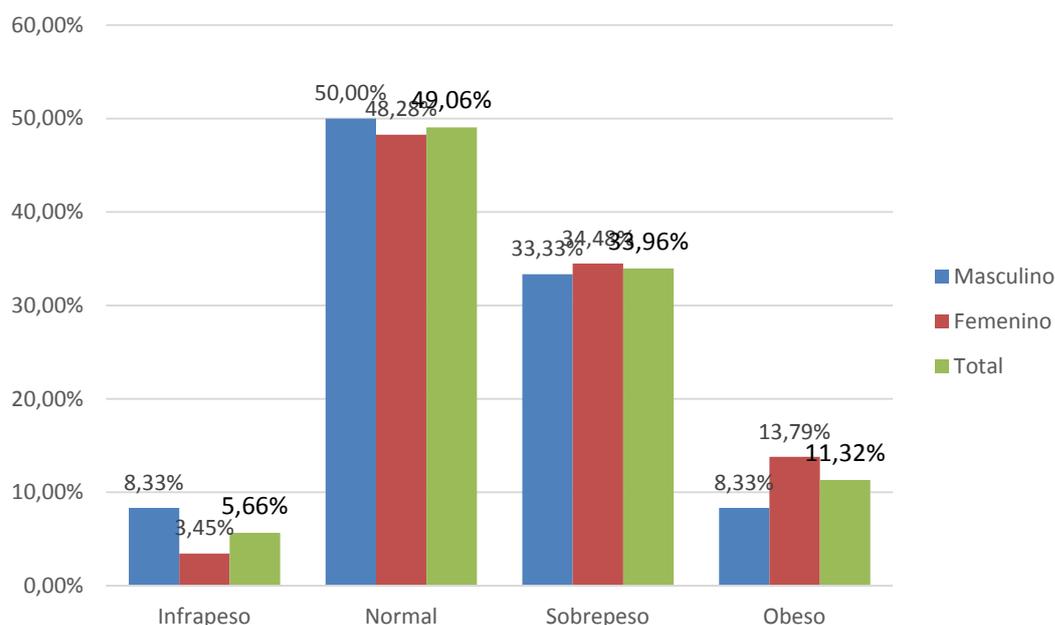
p = 0.82

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 3

Valoración del estado nutricional mediante IMC en los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 4

Valoración del estado nutricional mediante impedanciometría en los adolescentes

Nutrición	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Delgado	1	4.17%	1	3.45%	2	3.77%
Sano	15	62.50%	17	58.62%	32	60.38%
Sobrepeso	4	16.67%	6	20.69%	10	18.87%
Obesidad	4	16.67%	5	17.24%	9	16.98%
Total	24	100.00%	29	100.00%	53	100.00%

Chi²= 0.17

G. libertad = 3

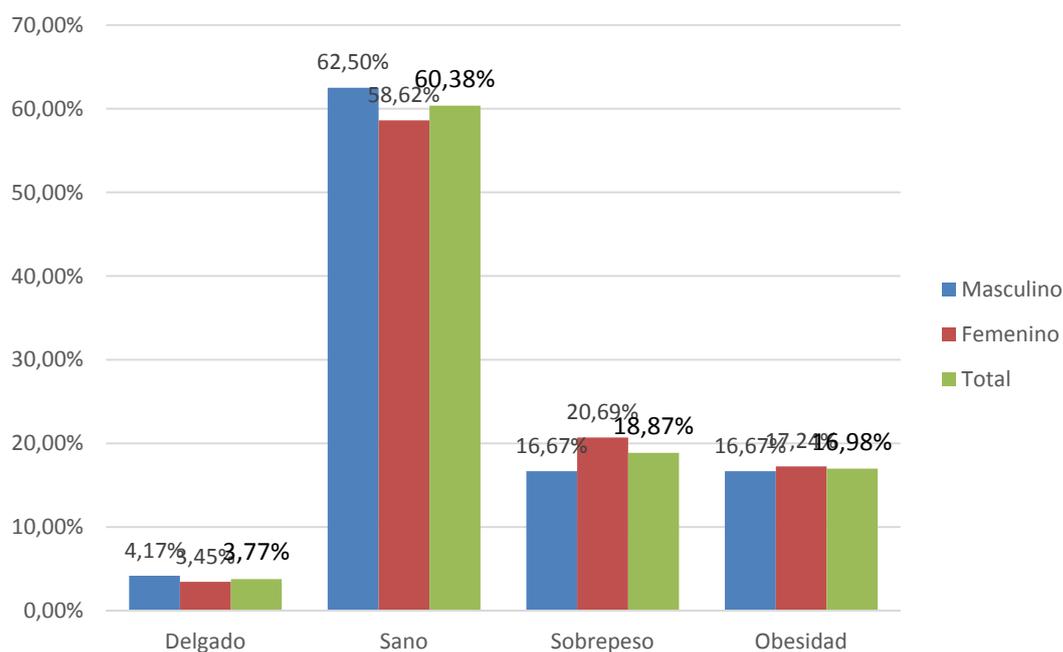
p = 0.98

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 4

Valoración del estado nutricional mediante impedanciometría en los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 5

Valoración de la actividad física en los adolescentes

Actividad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy baja	2	8.33%	5	17.24%	7	13.21%
Baja	12	50.00%	17	58.62%	29	54.72%
Ocasional	8	33.33%	7	24.14%	15	28.30%
Abundante	2	8.33%	0	0.00%	2	3.77%
Total	24	100.00%	29	100.00%	53	100.00%

Chi²= 3.78

G. libertad = 3

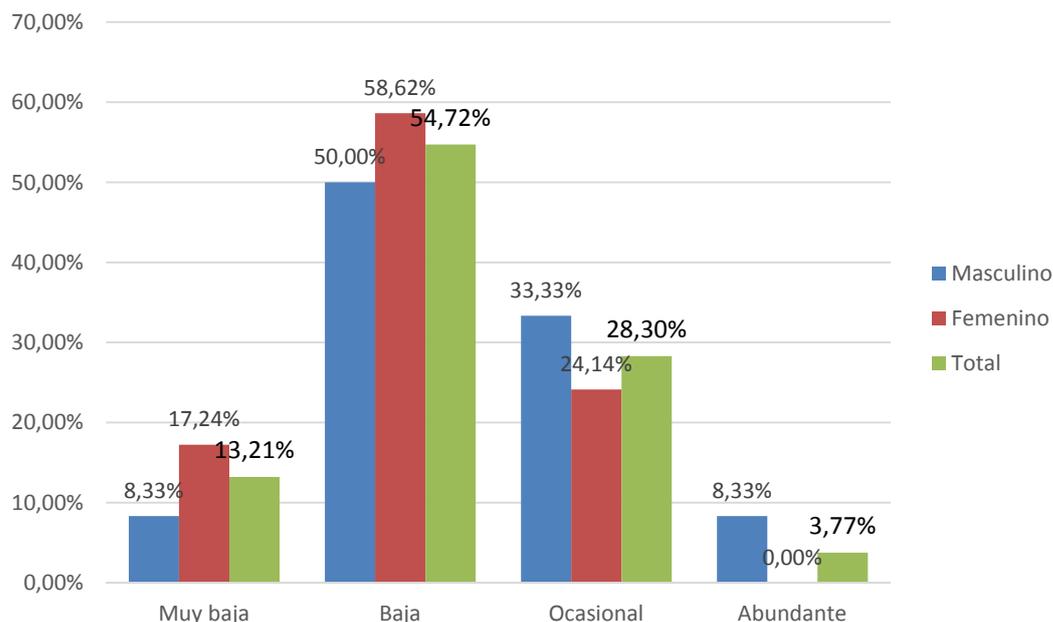
p = 0.29

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 5

Valoración de la actividad física en los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 6
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: lácteos y derivados

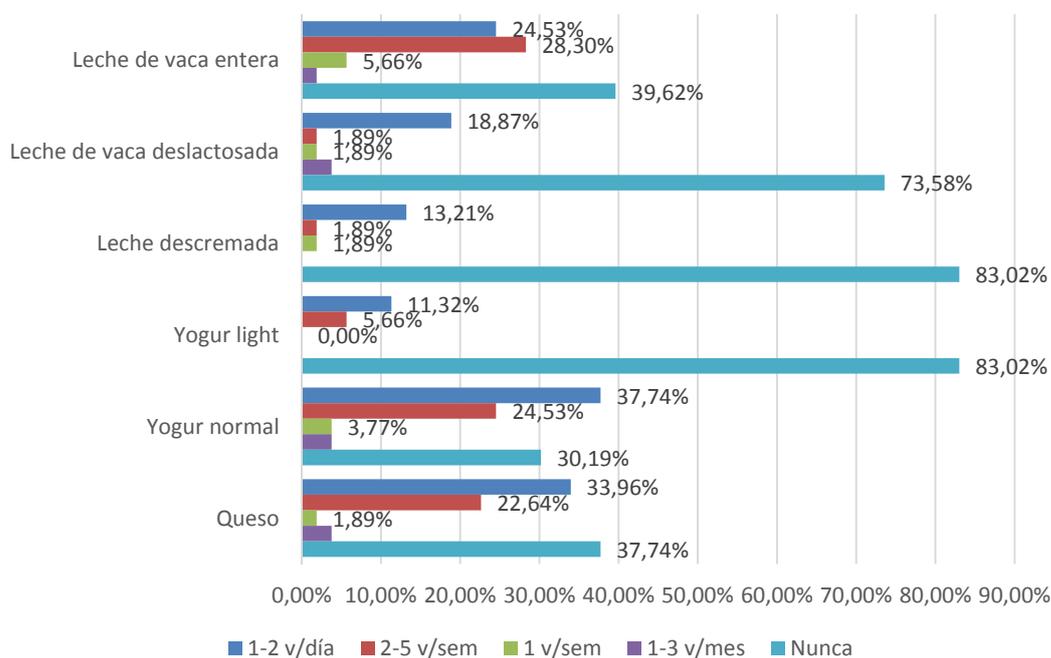
Lácteos y derivados	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Leche de vaca entera	13	24.53%	15	28.30%	3	5.66%	1	1.89%	21	39.62%
Leche de vaca deslactosada	10	18.87%	1	1.89%	1	1.89%	2	3.77%	39	73.58%
Leche descremada	7	13.21%	1	1.89%	1	1.89%	0	0.00%	44	83.02%
Yogur light	6	11.32%	3	5.66%	0	0.00%	0	0.00%	44	83.02%
Yogur normal	20	37.74%	13	24.53%	2	3.77%	2	3.77%	16	30.19%
Queso	18	33.96%	12	22.64%	1	1.89%	2	3.77%	20	37.74%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 6

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: lácteos y derivados



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 7
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carnes, huevos y menestras

Carnes, huevos y menestras	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Huevos	23	43.40%	20	37.74%	2	3.77%	3	5.66%	5	9.43%
Pollo con piel	5	9.43%	2	3.77%	1	1.89%	2	3.77%	43	81.13%
Pollo sin piel	19	35.85%	19	35.85%	3	5.66%	2	3.77%	10	18.87%
Carne de res	9	16.98%	19	35.85%	6	11.32%	7	13.21%	12	22.64%
Carne de cerdo	8	15.09%	15	28.30%	6	11.32%	6	11.32%	18	33.96%
Atún	10	18.87%	3	5.66%	4	7.55%	4	7.55%	32	60.38%
Embutidos	13	24.53%	19	35.85%	6	11.32%	2	3.77%	13	24.53%
Menestras	13	24.53%	23	43.40%	4	7.55%	5	9.43%	8	15.09%

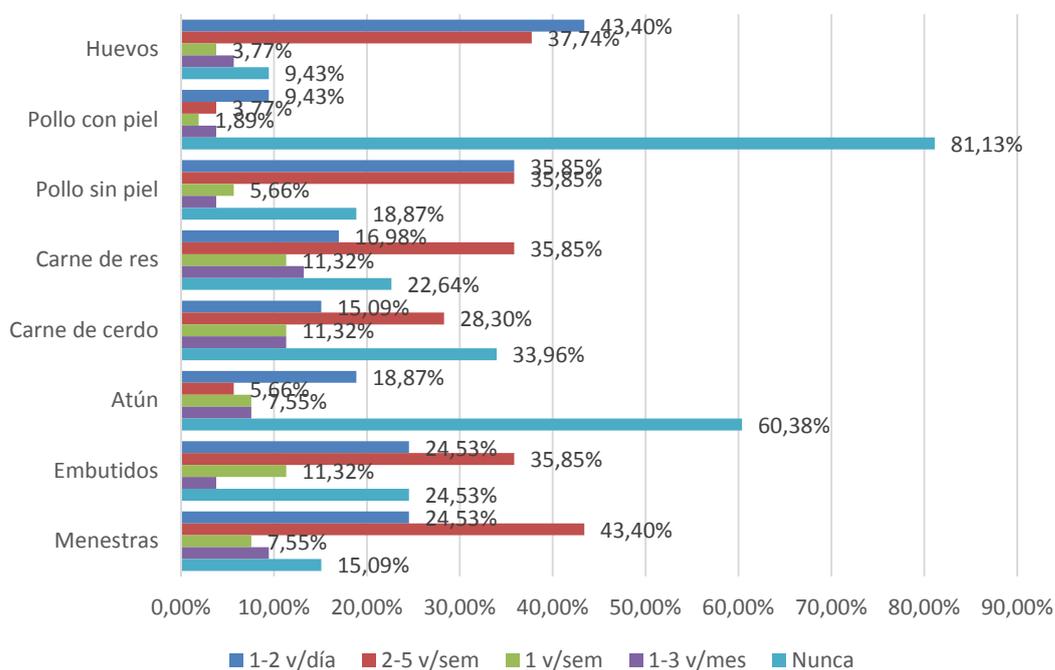
Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES

PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Gráfico 7

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carnes, huevos y menestras



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 8
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carbohidratos

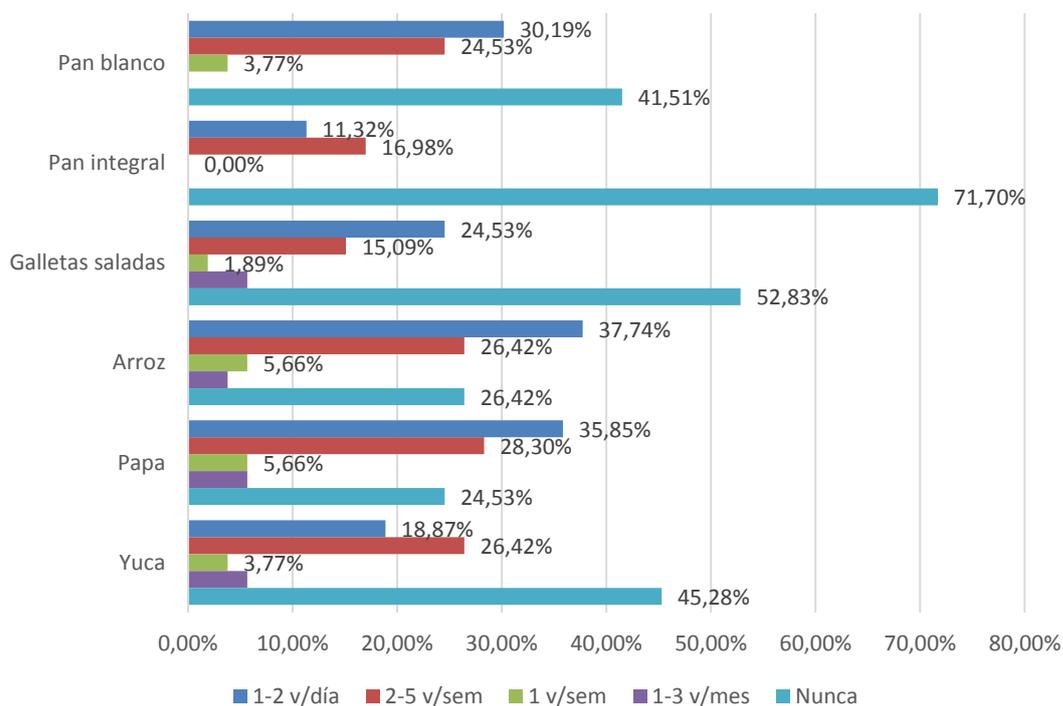
Carbohidratos	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Pan blanco	16	30.19%	13	24.53%	2	3.77%	0	0.00%	22	41.51%
Pan integral	6	11.32%	9	16.98%	0	0.00%	0	0.00%	38	71.70%
Galletas saladas	13	24.53%	8	15.09%	1	1.89%	3	5.66%	28	52.83%
Arroz	20	37.74%	14	26.42%	3	5.66%	2	3.77%	14	26.42%
Papa	19	35.85%	15	28.30%	3	5.66%	3	5.66%	13	24.53%
Yuca	10	18.87%	14	26.42%	2	3.77%	3	5.66%	24	45.28%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 8

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Carbohidratos



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 9

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Frutas, frutos secos y mantequilla

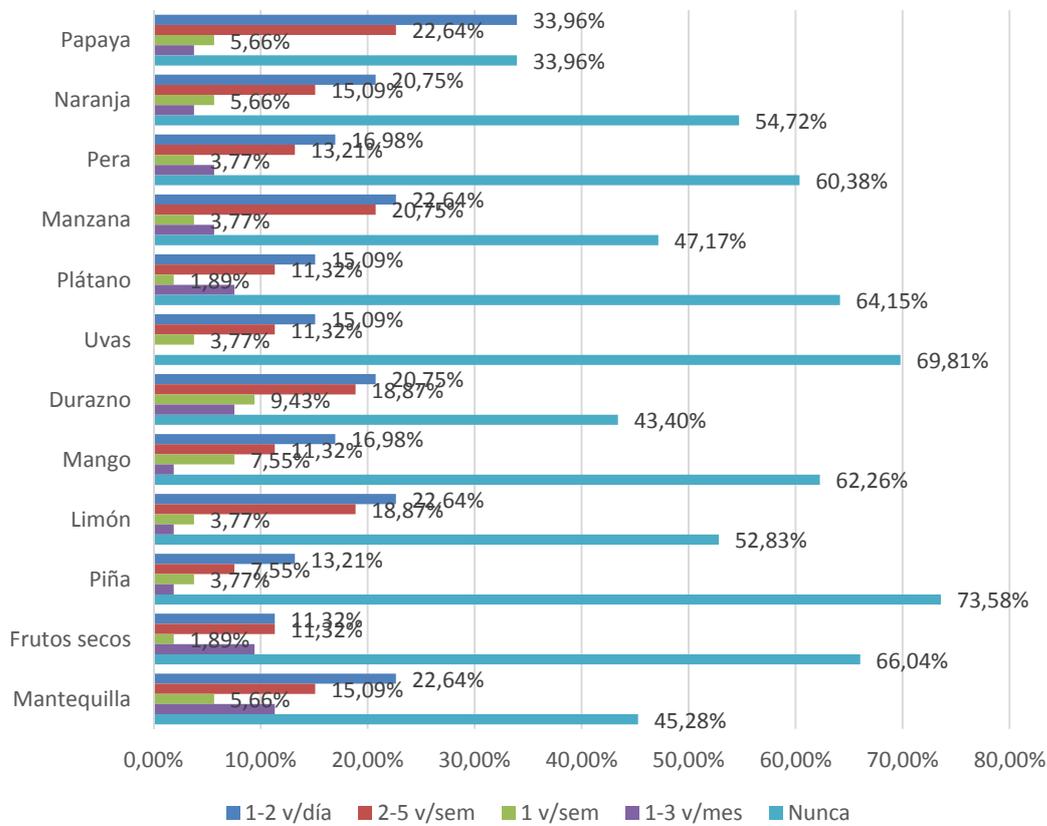
Frutas, frutos secos y mantequilla	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Papaya	18	33.96%	12	22.64%	3	5.66%	2	3.77%	18	33.96%
Naranja	11	20.75%	8	15.09%	3	5.66%	2	3.77%	29	54.72%
Pera	9	16.98%	7	13.21%	2	3.77%	3	5.66%	32	60.38%
Manzana	12	22.64%	11	20.75%	2	3.77%	3	5.66%	25	47.17%
Plátano	8	15.09%	6	11.32%	1	1.89%	4	7.55%	34	64.15%
Uvas	8	15.09%	6	11.32%	2	3.77%	0	0.00%	37	69.81%
Durazno	11	20.75%	10	18.87%	5	9.43%	4	7.55%	23	43.40%
Mango	9	16.98%	6	11.32%	4	7.55%	1	1.89%	33	62.26%
Limón	12	22.64%	10	18.87%	2	3.77%	1	1.89%	28	52.83%
Piña	7	13.21%	4	7.55%	2	3.77%	1	1.89%	39	73.58%
Frutos secos	6	11.32%	6	11.32%	1	1.89%	5	9.43%	35	66.04%
Mantequilla	12	22.64%	8	15.09%	3	5.66%	6	11.32%	24	45.28%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 9

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Frutas, frutos secos y mantequilla



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 10
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Verduras y hortalizas

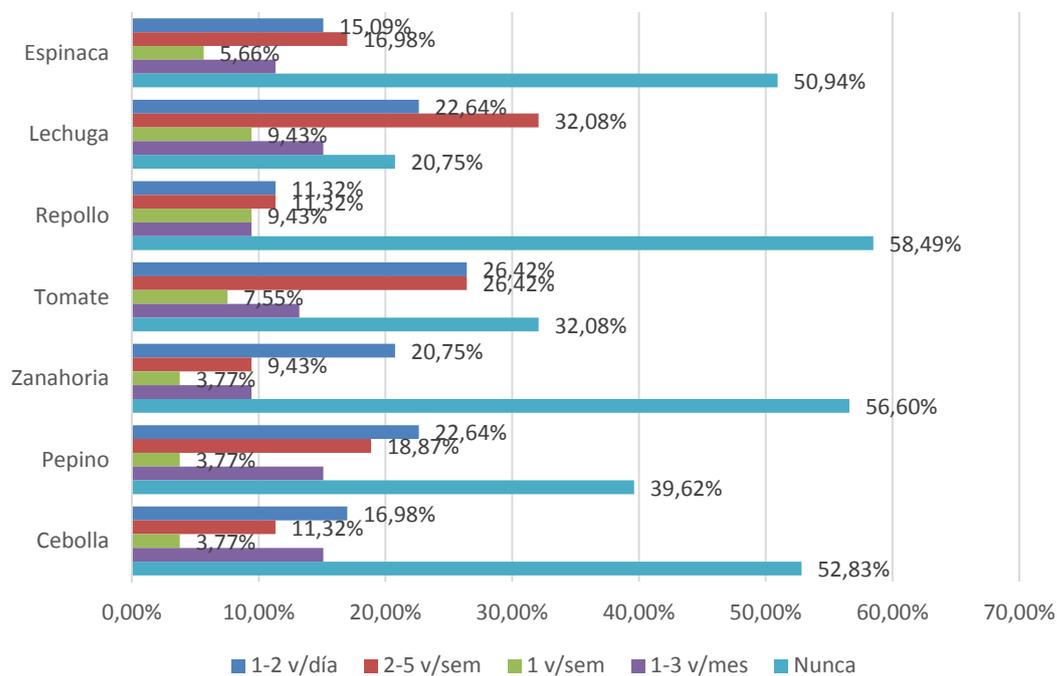
Verduras y hortalizas	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Espinaca	8	15.09%	9	16.98%	3	5.66%	6	11.32%	27	50.94%
Lechuga	12	22.64%	17	32.08%	5	9.43%	8	15.09%	11	20.75%
Repollo	6	11.32%	6	11.32%	5	9.43%	5	9.43%	31	58.49%
Tomate	14	26.42%	14	26.42%	4	7.55%	7	13.21%	17	32.08%
Zanahoria	11	20.75%	5	9.43%	2	3.77%	5	9.43%	30	56.60%
Pepino	12	22.64%	10	18.87%	2	3.77%	8	15.09%	21	39.62%
Cebolla	9	16.98%	6	11.32%	2	3.77%	8	15.09%	28	52.83%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 10

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Verduras y hortalizas



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 11
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Dulces y postres

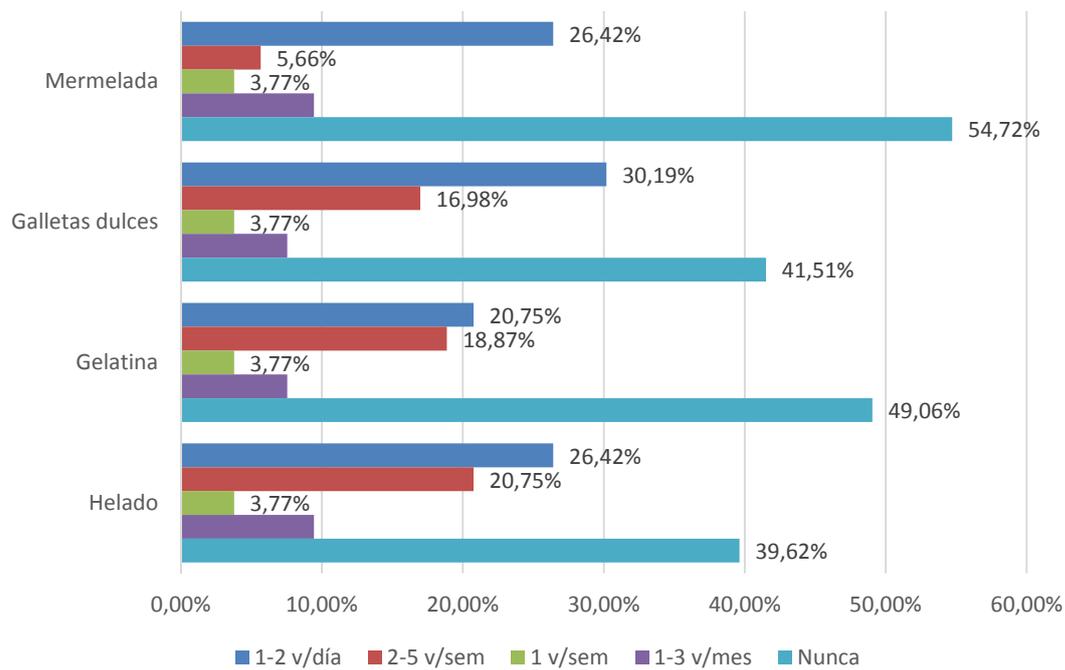
Dulces y postres	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Mermelada	14	26.42%	3	5.66%	2	3.77%	5	9.43%	29	54.72%
Galletas dulces	16	30.19%	9	16.98%	2	3.77%	4	7.55%	22	41.51%
Gelatina	11	20.75%	10	18.87%	2	3.77%	4	7.55%	26	49.06%
Helado	14	26.42%	11	20.75%	2	3.77%	5	9.43%	21	39.62%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 11

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Dulces y postres



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 12
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Miscelánea

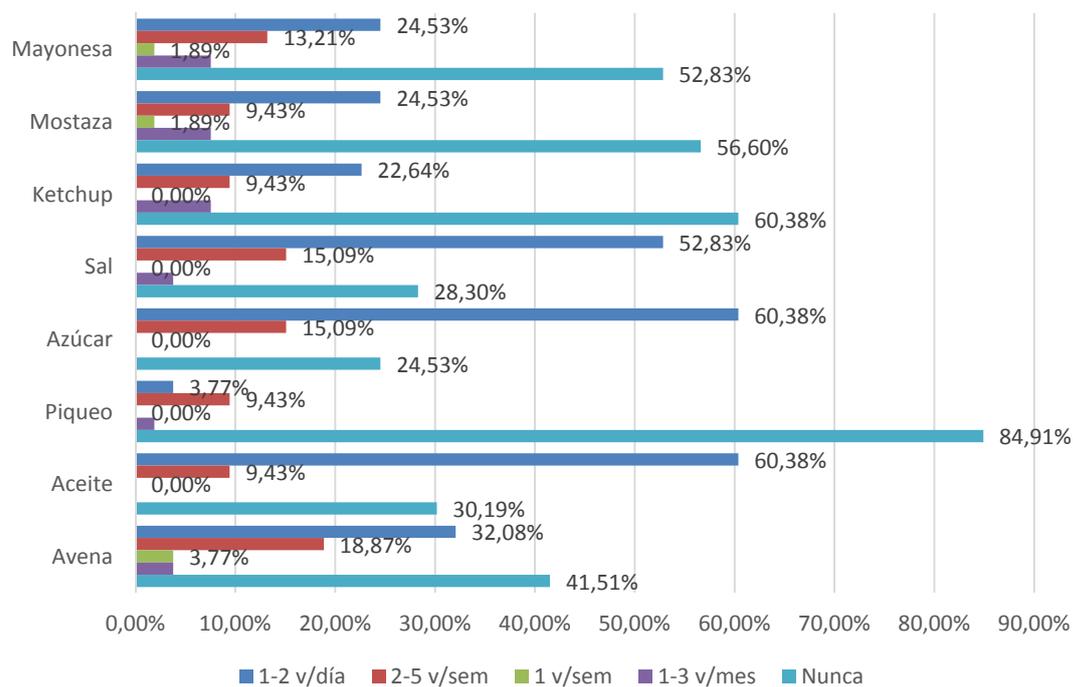
Miscelánea	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Mayonesa	13	24.53%	7	13.21%	1	1.89%	4	7.55%	28	52.83%
Mostaza	13	24.53%	5	9.43%	1	1.89%	4	7.55%	30	56.60%
Ketchup	12	22.64%	5	9.43%	0	0.00%	4	7.55%	32	60.38%
Sal	28	52.83%	8	15.09%	0	0.00%	2	3.77%	15	28.30%
Azúcar	32	60.38%	8	15.09%	0	0.00%	0	0.00%	13	24.53%
Piqueo	2	3.77%	5	9.43%	0	0.00%	1	1.89%	45	84.91%
Aceite	32	60.38%	5	9.43%	0	0.00%	0	0.00%	16	30.19%
Avena	17	32.08%	10	18.87%	2	3.77%	2	3.77%	22	41.51%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 12

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Miscelánea



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 13
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Bebidas

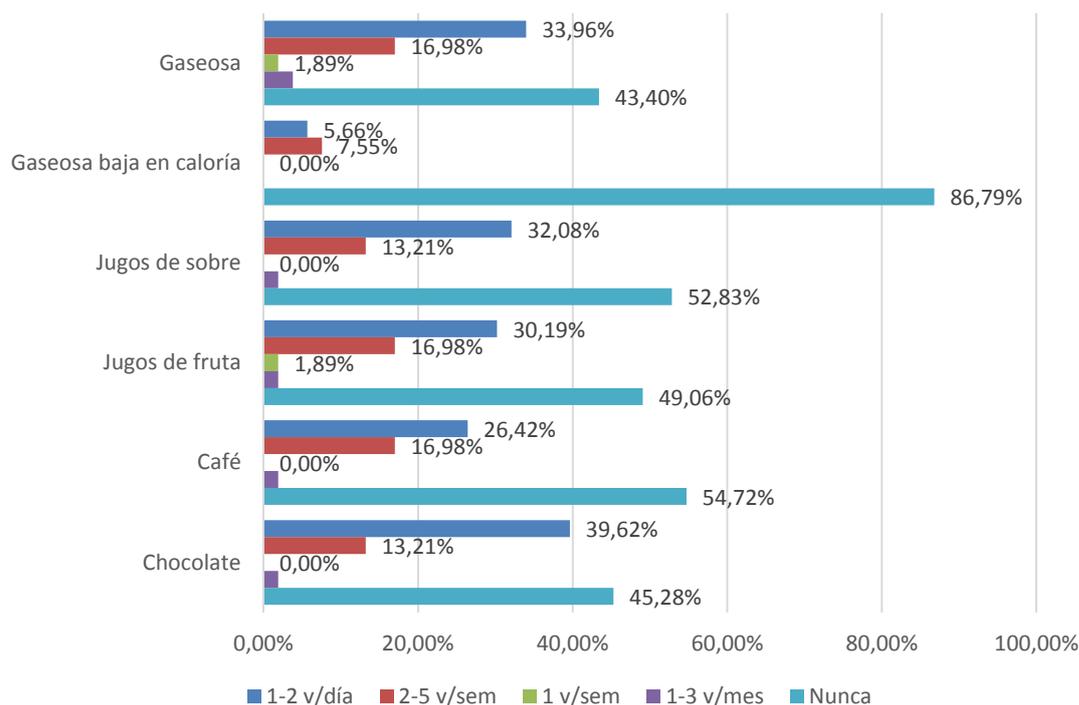
Bebidas	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Gaseosa	18	33.96%	9	16.98%	1	1.89%	2	3.77%	23	43.40%
Gaseosa baja en caloría	3	5.66%	4	7.55%	0	0.00%	0	0.00%	46	86.79%
Jugos de sobre	17	32.08%	7	13.21%	0	0.00%	1	1.89%	28	52.83%
Jugos de fruta	16	30.19%	9	16.98%	1	1.89%	1	1.89%	26	49.06%
Café	14	26.42%	9	16.98%	0	0.00%	1	1.89%	29	54.72%
Chocolate	21	39.62%	7	13.21%	0	0.00%	1	1.89%	24	45.28%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 13

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Bebidas



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Tabla 14
Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Comidas rápidas

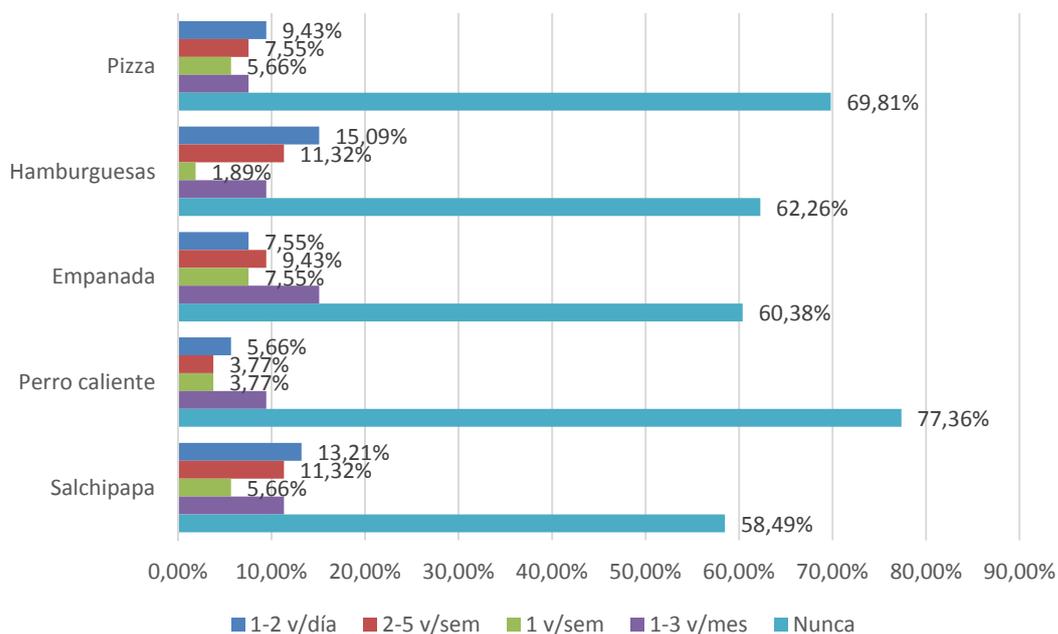
Comidas rápidas	1-2 v/día		2-5 v/sem		1 v/sem		1-3 v/mes		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Pizza	5	9.43%	4	7.55%	3	5.66%	4	7.55%	37	69.81%
Hamburguesas	8	15.09%	6	11.32%	1	1.89%	5	9.43%	33	62.26%
Empanada	4	7.55%	5	9.43%	4	7.55%	8	15.09%	32	60.38%
Perro caliente	3	5.66%	2	3.77%	2	3.77%	5	9.43%	41	77.36%
Salchipapa	7	13.21%	6	11.32%	3	5.66%	6	11.32%	31	58.49%

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 14

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos en los adolescentes: Comidas rápidas



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 15

Frecuencia semanal de consumo de comida rápida en los adolescentes

Frecuencia	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-3 v/sem	14	58.33%	20	68.97%	34	64.15%
4-7 v/sem	7	29.17%	6	20.69%	13	24.53%
> 7 v/sem	3	12.50%	3	10.34%	6	11.32%
Total	24	100.00%	29	100.00%	53	100.00%

Chi²= 0.67

G. libertad = 2

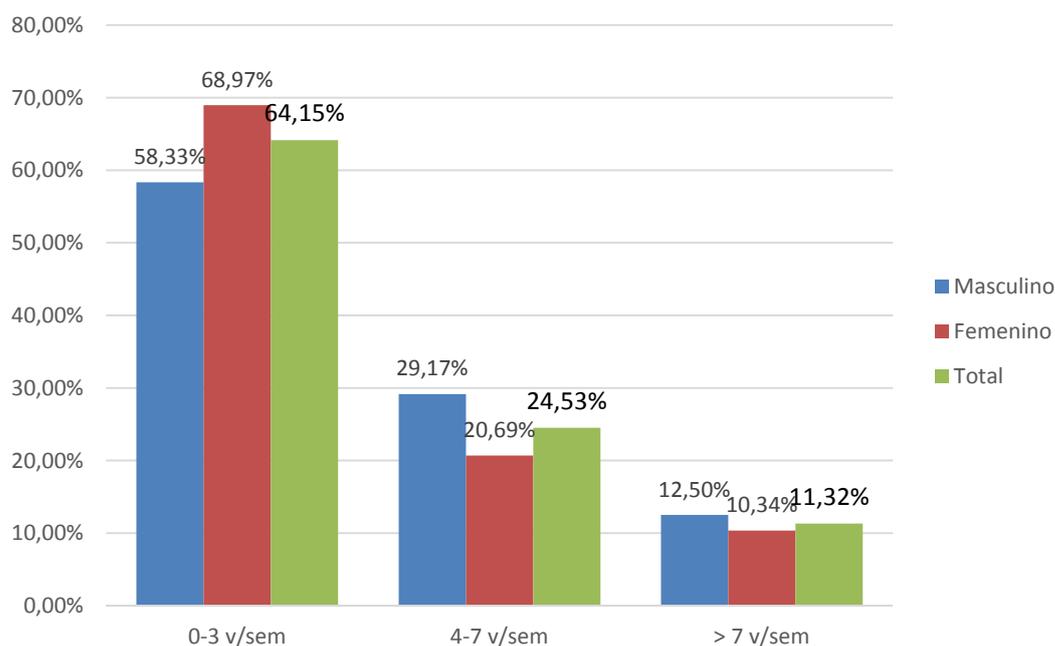
p = 0.72

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 15

Frecuencia semanal de consumo de comida rápida en los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 16

Tipo de alimentación predominante en los adolescentes

Dieta	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipocalórica	1	4.17%	2	6.90%	3	5.66%
Equilibrada	12	50.00%	12	41.38%	24	45.28%
Hipercalórica	11	45.83%	15	51.72%	26	49.06%
Total	24	100.00%	29	100.00%	53	100.00%

Chi²= 0.48

G. libertad = 2

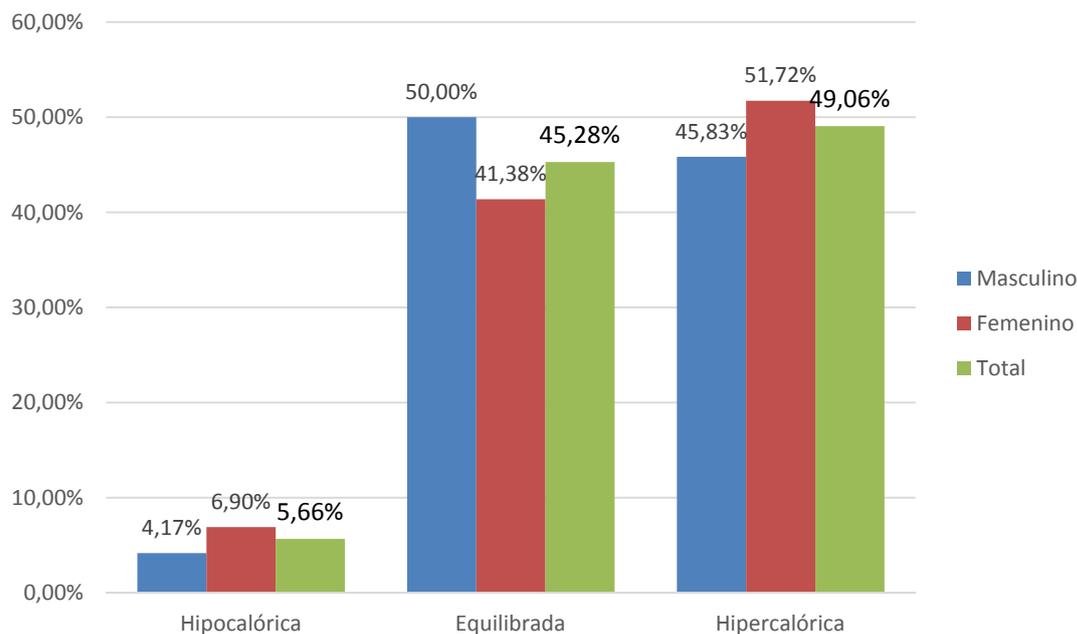
p = 0.79

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 16

Tipo de alimentación predominante en los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Tabla 17

**Relación entre la frecuencia de consumo de comida rápida y tipo de alimentación en
adolescentes**

Frecuencia	Total	Hipocalórica		Equilibrada		Hipercalórica	
		N°	%	N°	%	N°	%
0-3 v/sem	34	2	5.88%	18	52.94%	14	41.18%
4-7 v/sem	13	0	0.00%	4	30.77%	9	69.23%
> 7 v/sem	6	1	16.67%	2	33.33%	3	50.00%
Total	53	3	5.66%	24	45.28%	26	49.06%

Chi² = 4.77 G. libertad = 4 p = 0.31

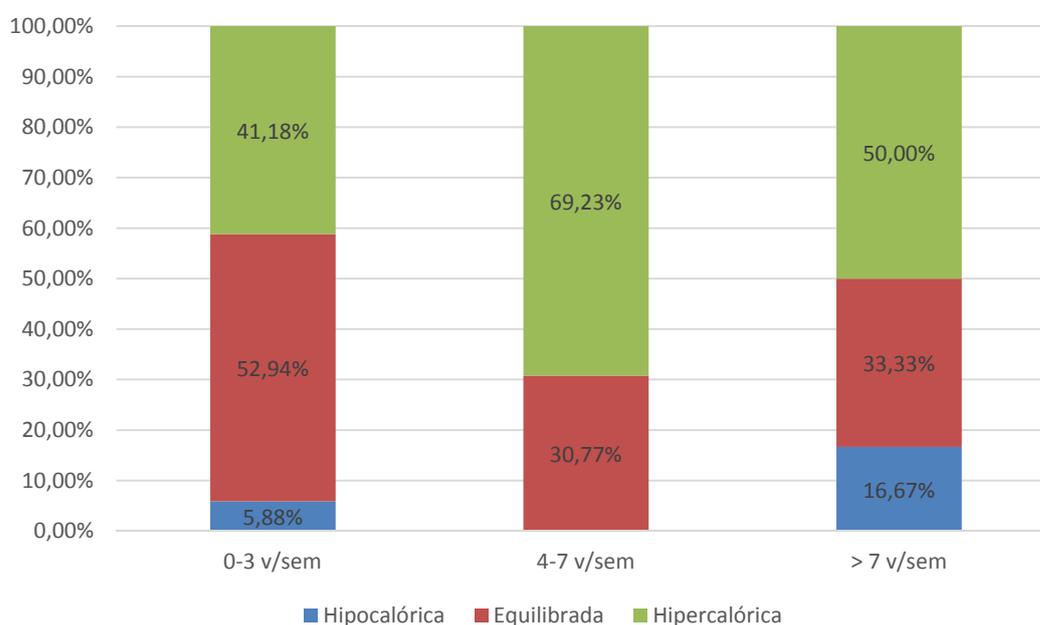
Spearman rho: r = 0.1633 p = 0.24

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES
PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020**

Gráfico 17

**Relación entre la frecuencia de consumo de comida rápida y tipo de alimentación en
adolescentes**



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objetivo de demostrar la relación entre la frecuencia de la ingesta de comida rápida y el tipo de dieta en adolescentes preuniversitarios de la Academia Villegas. Esta investigación se llevó a cabo porque, en la fase preuniversitaria, hay varios factores que predisponen al consumo de comida rápida e incluso cambian el tipo de dieta que tienen para el mismo entorno social, para los medios de televisión y, principalmente, para el tiempo. Es una etapa en la que no se miden las consecuencias a largo plazo, donde los precios bajos importan más que la salud, donde los intervalos son cortos y la comida rápida es más fácil de obtener.

En 2013, en México, se publicó un periódico sobre comida rápida y obesidad, el poder de una buena nutrición en la salud, y concluyó que la publicidad y la presión social son más importantes en la toma de decisiones cuando se come en el entorno de la población. En la familia, las frutas y verduras se reemplazan con comida rápida, calorías y alimentos preparados; Además, se refiere a hábitos recreativos debido a desarrollos tecnológicos que conducen al inicio de la inactividad física (7).

En otro estudio de 342 estudiantes de CEPREUNSA en 2018, que concluyeron que los adolescentes no siguen las recomendaciones dietéticas de la OMS, también encuentran una diferencia significativa entre la influencia del círculo socioafectivo en el consumo de alimentos (8).

En cambio, se realizó un estudio en estudiantes neo-javaneses - Colombia, donde tomaron como variables el IMC, el tipo de dieta, el comportamiento saludable como el bajo consumo de tabaco y / o alcohol y el nivel de consumo y concluyeron que la población de 44 estudiantes mostró un buen estado nutricional de acuerdo con el IMC con actividad física moderada y comportamiento saludable (9).

Por otro lado, si hablamos de un tipo detallado de dieta, se realizó un estudio en 2018 en un centro educativo - Arequipa, donde se concluyó que estaban en riesgo de sobrepeso, obesidad y estado nutricional inadecuado en la mayoría de la población, una vez que en porcentajes destacaba el consumo de arroz y pan en 99.17%, camote y papa 86.78%, consumo de azúcar y grasa un consumo de 100%, Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra de 53 adolescentes preuniversitarios que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con prueba chi cuadrado, y se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Spearman (10)..

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los adolescentes preuniversitarios según edad y sexo. El 54.72% de estudiantes eran mujeres y 45.28% varones, con 24.53% del total de 15 años, 30,19% de 16 años y 45.28% de 17 años.

De 53 adolescentes encuestados se predispone mujeres y adolescentes que tienen 17 años

Entre los antecedentes de importancia de los estudiantes el 11.32% tenía familiares diabéticos, y 18.87% tuvo enfermedad en la última semana, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 2**.

Como antecedentes familiares se tomó en cuenta la enfermedad: diabetes mellitus ya que es un factor predisponente a la obesidad y para actividad física se tomó en cuenta la última semana donde la mayoría no tenía dificultad.

La **Tabla y Gráfico 3** muestran los resultados de la evaluación del estado nutricional según índice de masa corporal; no se encontraron diferencias entre los varones y mujeres ($p > 0.05$); en ambos predominó el estado normal 49.06%, con infrapeso en 5.66%, sobrepeso en 33.96% y obesidad en 11.32%. Resultados similares se encuentran cuando se evalúa el estado nutricional mediante impedanciometría (**Tabla y Gráfico 4**), con 3.77% del total de estudiantes adelgazados, 60.38% sanos, 18.87% con sobrepeso y 16.98% con obesidad; no se encontraron tampoco diferencias significativas entre varones y mujeres ($p > 0.05$).

Entre el IMC y la impedanciometría no hubo diferencia significativa.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la actividad física evaluada en los estudiantes; aunque hubo mayor proporción de muy baja actividad física en las mujeres (17.24%) que en los varones (8.33%), en los que 8.33% tenían abundante actividad física mientras que no ocurrió entre las mujeres, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$), y en el 13.21% del total de adolescentes la actividad fue muy baja, en 54.72% baja, 28.30% tuvo actividad física ocasional, y 3.77% abundante actividad física.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra la frecuencia de consumo de lácteos y derivados por los adolescentes preuniversitarios. Destaca que la mayoría nunca consume leche de vaca entera (39,62%), leche de vaca deslactosada (73.58%), leche descremada o yogur light (83.02% cada una), o queso (37.74%), y 37.74% consume yogur normal.

Desde este gráfico se muestra el tipo de alimentación que lleva el adolescente preuniversitario. En dicho gráfico se muestra que en consumo de lácteos la preferencia pese a que es mínima optan por leche de vaca entera.

En cuanto al consumo de huevos, carne y menestras, la **Tabla y Gráfico 7** muestran que 43.40% de adolescentes preuniversitarios consumen huevos 1-2 veces por día, 71.70% consume pollo sin piel entre 1 a 2 veces por día y 2 a 5 veces por semana, el 35.85% consume carne de res 2-5 veces a la semana y 22.64% no lo hace nunca 33.96% nunca consume carne de cerdo o lo hace 2-5 veces/semana en 28.30% de casos, 18.87% consume atún 1-2 veces/día y 60.38% nunca lo consume; 24.53% consume embutidos 1-2 veces al día, al igual que las menestras.

Se mostró que los adolescentes optan por consumir proteínas como pollo, carne, en menor cantidad cerdo y un elevado porcentaje que no consume atún.

La **Tabla y Gráfico 8** muestra la frecuencia de consumo de carbohidratos; 30.19% de alumnos consume pan blanco 1-2 veces/día, 71.70% nunca consume pan integral y 16.98% lo hace 2-5 veces por semana. El 24.53% consume galletas saladas 1-2 veces por día, 37.74% consume arroz 1-2 veces al día, al igual que 35.85% de papa y 18.7% de yuca.

La **Tabla y Gráfico 9** muestran la frecuencia de consumo de frutas, frutos secos y mantequilla. Entre un 33.96% y 13.21% de alumnos consume frutas frescas 1-2 veces por día, al igual que frutos secos en 11.32%, y 22.64% consume mantequilla en la misma frecuencia.

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra la frecuencia de consumo de verduras y hortalizas. El 16.98% refiere consumir espinacas 2-5 veces por semana, así como 32.08% consume lechuga con esa frecuencia; un 11.32% consume repollo 1-2 por día, al igual que 26.42% consume tomate, 20.75% zanahoria, 22.64% pepino y 11.98% cebolla de 1 a 2 veces al día.

La frecuencia de consumo de dulces y postres se muestra en la **Tabla y Gráfico 11**; 26.42% consume mermelada 1-2 veces al día, al igual que 30.19% consume galletas dulces, 20.75% gelatina y 26.42% helado.

La **Tabla y Gráfico 12** muestran la frecuencia de consumo de alimentos misceláneos. El 24.53% consume mayonesa y mostaza 1-2 veces al día, al igual que 52.83% lo hace con la sal, 60.38% con azúcar, 60.38% aceite y 32.08% avena.

En la **Tabla y Gráfico 13** se aprecia la frecuencia de consumo de bebidas en los adolescentes. 3.96% toma gaseosas 1-2 veces al día, 7.55% toma gaseosas bajas en calorías 2-5 veces a la semana; 32.08% toma jugos de sobres y 30.19% jugos de fruta 1-2 veces por día. El 26.42% toma café 1-2 veces diarias, al igual que 39.62% que consume en esa frecuencia chocolate.

En cuanto al frecuencia de consumo de comidas rápidas, 7.55% de estudiantes consume pizza de 2-a 5 veces por semana o 1-3 veces por mes; 15.09% consume hamburguesas 1-2 veces por día, 15.09% consume empanadas 1-3 veces por mes, y salchipapas 1-2 veces por día en 13.21%. En global, considerando todos los tipos de comida rápida (**Tabla y Gráfico 15**), el 64.15% consume comidas rápidas de 0 a 3 veces por semana, 24.53% lo hace 4-7 veces por semana, y 11.32% más de 7 veces por semana, sin diferencias entre varones y mujeres ($p > 0.05$).

Se demostró que en adolescentes preuniversitarios la comida rápida va en aumento señalando que el consumo mayor es de 0-3 veces por semana.

En la **Tabla y Gráfico 16** se muestra el tipo de alimentación en los estudiantes; el 5.66% consume dietas hipocalóricas, 45.28% equilibradas, y 49.06% consume dietas hipercalóricas; no se encontraron diferencias entre varones y mujeres ($p > 0.05$).

Se demostró que los adolescentes optan por consumir dietas hipercalóricas debido al fácil consumo de comida rápida por falta de tiempo y menor costo. En esa edad surgen cambios susceptibles de modificaciones en la dieta donde si ponemos énfasis a las dietas podríamos asegurar un crecimiento adecuado y se reduciría el riesgo de enfermedades crónicas. También, saber que cada dieta es individual, los requerimientos de cada persona son diferentes, por este motivo es importante la intervención de la familia en el que consigamos inclusión y aceptación para constituir una modificación en la dieta y así el cambio de estilo de vida.

La **Tabla y Gráfico 17** muestran la relación entre el tipo de alimentación y la frecuencia de consumo de comidas rápidas en los adolescentes. Cuando consumen en frecuencia menor a 4 veces por semana, el 52.94% tiene dietas equilibradas y 41.18% hipocalóricas. Cuando el consumo aumenta a 4-7 veces por semana, el 30.77% tiene dietas equilibradas y 69.23% dieta hipercalórica. Cuando el consumo de comida rápida es mayor a 7 veces, 16.67% de alumnos tiene alimentación hipocalórica, 33.33% equilibrada, pero 50% hipercalórica. Las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). Existe una relación

directa pero de baja intensidad ($\rho < 0.30$) entre la frecuencia de consumo de comidas rápidas y la presencia de dieta hipercalórica.

Finalmente, el aumento de comida rápida da como resultado una dieta hipercalórica debido a que los adolescentes llegan a suplantar comidas, sin embargo, se demostró que si hay relación directa pero de baja intensidad.

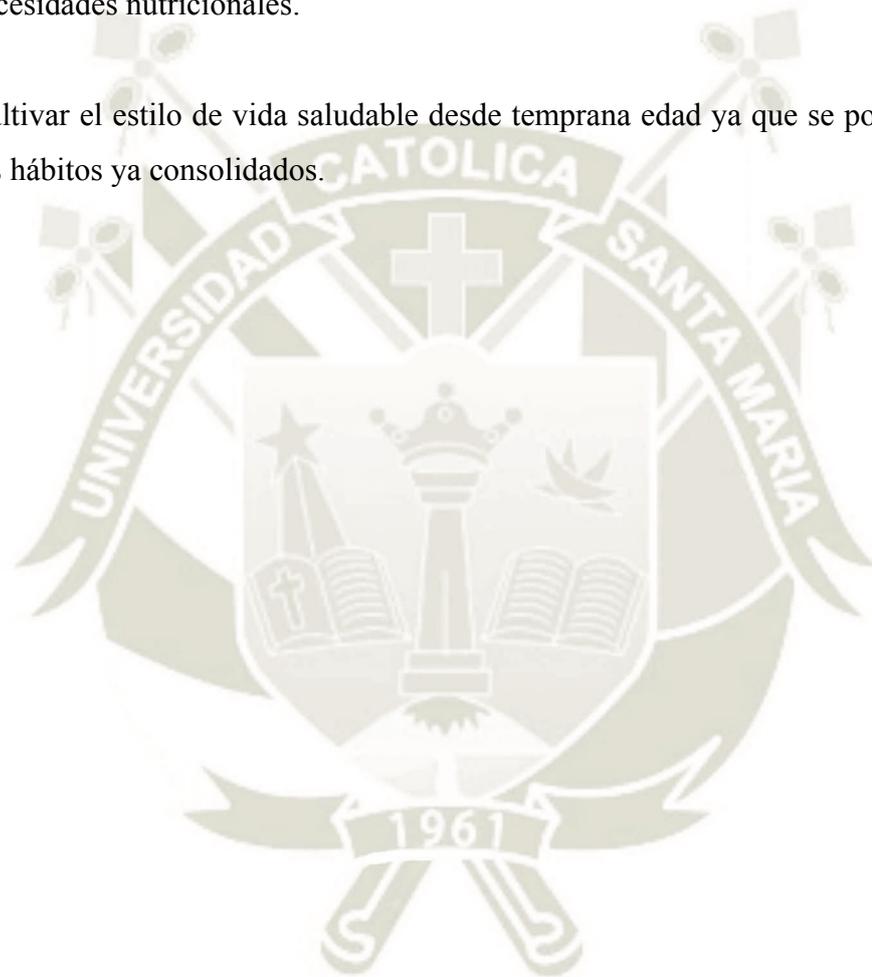


CONCLUSIONES

- Primera.-** El 54.72% de estudiantes adolescentes preuniversitarios eran mujeres y 45.28% varones, con 13.21% con actividad física muy baja, en 54.72% baja, 28.30% tuvo actividad física ocasional, y 3.77% abundante actividad física.
- Segunda.-** El 64.15% de adolescentes consume comidas rápidas de 0 a 3 veces por semana, 24.53% lo hace 4-7 veces por semana, y 11.32% más de 7 veces por semana.
- Tercera.-** El tipo de dieta en 5.66% de adolescentes preuniversitarios es hipocalóricas, 45.28% equilibrada, y 49.06% consume dieta hipercalórica.
- Cuarta.-** Existe una relación directa de baja intensidad entre la mayor frecuencia de ingesta de comida rápida y el tipo de dieta hipercalórica en adolescentes preuniversitarios de la academia Villegas.

RECOMENDACIONES

- 1) Concientizar a la población sobre el consumo excesivo de comida rápida que conlleva a largo plazo diferentes enfermedades.
- 2) Promover en medios de comunicación como es una dieta balanceada de acuerdo a las necesidades nutricionales.
- 3) Cultivar el estilo de vida saludable desde temprana edad ya que se pondría en práctica los hábitos ya consolidados.

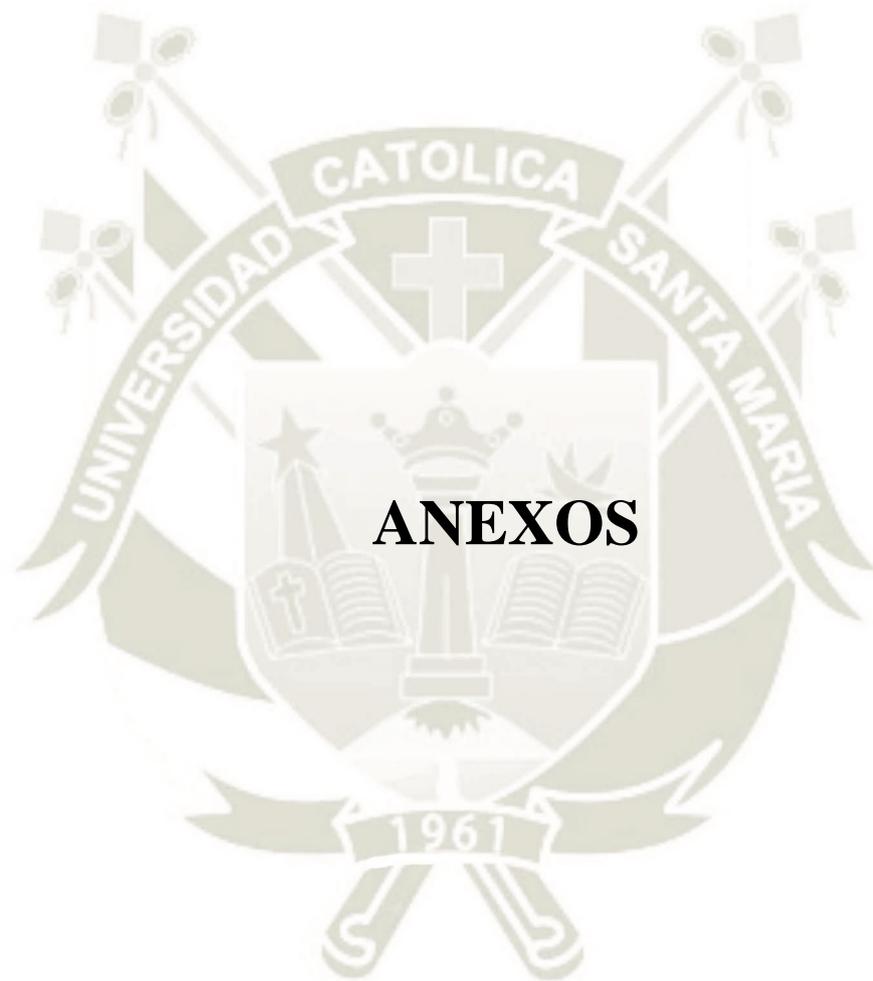


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz M, Belén M, Torres A. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales de chía, *Cundinamarca. Pediatría*. 2015; 48: 5-20.
2. Serra L, Ribas L, Pérez C, García C, Peña L, Aranceta J. Determinants of nutrient intake among children and adolescents: Results from the En Kid Study. *Ann Nutri and Metab*. 2002 Mayo; 46(1): p. 31-38. Obtenido de: <https://www.karger.com/Article/Abstract/66398>.
3. Hernando, Á., Oliva, A., & Pertegal, M. Á. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*. 2013; 22(1): p. 15-23. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592013000100003.
4. Liria R. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista Peru Med Exp Salud Pública*. 2012 Marzo; 29(357-360). Obtenido de: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2012.v29n3/357-360/>.
5. Bolaños P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trast Condu Alime*. 2009; 9: p. 956-72. Obtenido de: http://www.tcasevilla.com/archivos/evolucion_de_los_habitos_alimentarios_de_la_salud_a_la_enfermedad_por_medio_de_la_alimentacion.pdf.
6. Herrero C. El horario infantil en la televisión: de la falta de imaginación a la irresponsabilidad de los mensajes publicitarios. *Trast Cond Aliment*. 2008; 7: p. 752, 66. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702609.pdf>.
7. Oliva Ch, Oscar H, Fragoso D. Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud RIDE *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2013; 176-199 (4) <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150315010.pdf>
8. Aleman Delgado. Influencia de los medios de comunicación masiva y circulo socio-afectivo en el consumo de alimentos en adolescentes. Arequipa. 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Obtenido de: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6300>

9. Quintero, J. (2014). Hábitos alimentarios, estilos de vida saludables y actividad física en neojaverianos del Programa Nutrición y Dietética de la PUJ primer período 2014. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad deficiencias, Carrera de Nutrición y Dietética. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
Obtenido de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16030/QuinteroGodoyJinnethViviana2014.pdf?sequence=1>
10. Mamani Gutierrez, A., & Tapia Lipe, A. B. Influencia del consumo de alimentos en el estado nutricional antropométrico en adolescentes del Centro Educativo Particular Domingo de Guzmán e Institución Educativa Parroquial Jesús María San Martín de Porres perteneciente al distrito de Arequipa. 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
11. Organización Mundial de la Salud. Obesity and Overweight Genova. OMS; 2017. [Citado: 2020 06 06]. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.
12. Herrero C. El horario infantil en la televisión: de la falta de imaginación a la irresponsabilidad de los mensajes publicitarios. *Trast Cond Aliment.* 2008; 7: p. 752, 66. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702609.pdf>.
13. Bolaños P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trast Condu Alime.* 2009; 9: p. 956-72. Obtenido de: http://www.tcsevillla.com/archivos/evolucion_de_los_habitos_alimentarios._de_la_salud_a_la_enfermedad_por_medio_de_la_alimentacion.pdf.
14. Restrepo S. L, Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de antropología.* 2005; 19(36): p. 127-148. Obtenido de: http://www.academia.edu/download/41442512/La_familia_y_su_papel_en_la_formacion_de_20160122-29081-b50f0w.pdf.
15. Thike, TZ, Saw, YM, Lin, H. et al. Asociación entre el índice de masa corporal y el consumo de alimentos listos para el consumo entre el personal sedentario en el territorio sindical Nay Pyi Taw, Myanmar. *BMC Public Health* 20, 206 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8308-6>

16. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane W, Taksali S, Yeckel C, Allen K, Melinda Lopes RN, Savoye M, Morrison J, Sherwin RS, Caprio S. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med.* 2004; 350(23): p. 2362-2374. Obtenido de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa031049>.
17. De Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Rev Iberoamer Educ.* 2009; 49(7): p. 5. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3116567>.
18. Fernández V. Escuela y medios de comunicación: ¿Lógicas diferenciales en la transmisión de la cultura común y la construcción de la ciudadanía?. *Rev Iberoamer Educ.* 2007; 4(1): p. 10. Obtenido de: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2474>.
19. Escoto M. C, Mancilla J. M, Camacho E. J. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eat Weig Disor.* 2008; 13(3): p. 111-118. Obtenido de: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03327611>.
20. Macri, Elisa Vanesa; Guglielmotti, María Beatriz; Friedman, Silvia María. Comida chatarra: un patrón alimentario que atentaÜontra la salud. 54th ed. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires; 2012.
21. Schwimmer JB, Deutsch R, Rauch JB, Behling C, Newbury R, Lavine JE. Obesity, insulin resistance, and other clinicopathologi-cal correlates of pediatric nonalcoholic fatty liver disease. *J Pediatr.* 2003; 143(4): p. 500-505. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347603003251>.



Anexo 1.

Ficha de recolección de datos

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____

Género: M F

Edad: _____

**¿Cuántas veces al mes acudes a locales de comida rápida, es decir, comida de carretilla, restaurantes?
Ejemplos: bombos, caparinas, pollo a la brasa, KFC, chifa, Burger King, comida en camión (food truck), etc**

0 – 3 veces al mes	4-7 veces al mes	8 a más veces al mes

¿A qué edad empezaste a cambiar la voz, crecimiento de vello púbico, crecimiento de las mamas?

¿Antecedente de padre y/o madre de padecer diabetes mellitus? SI NO

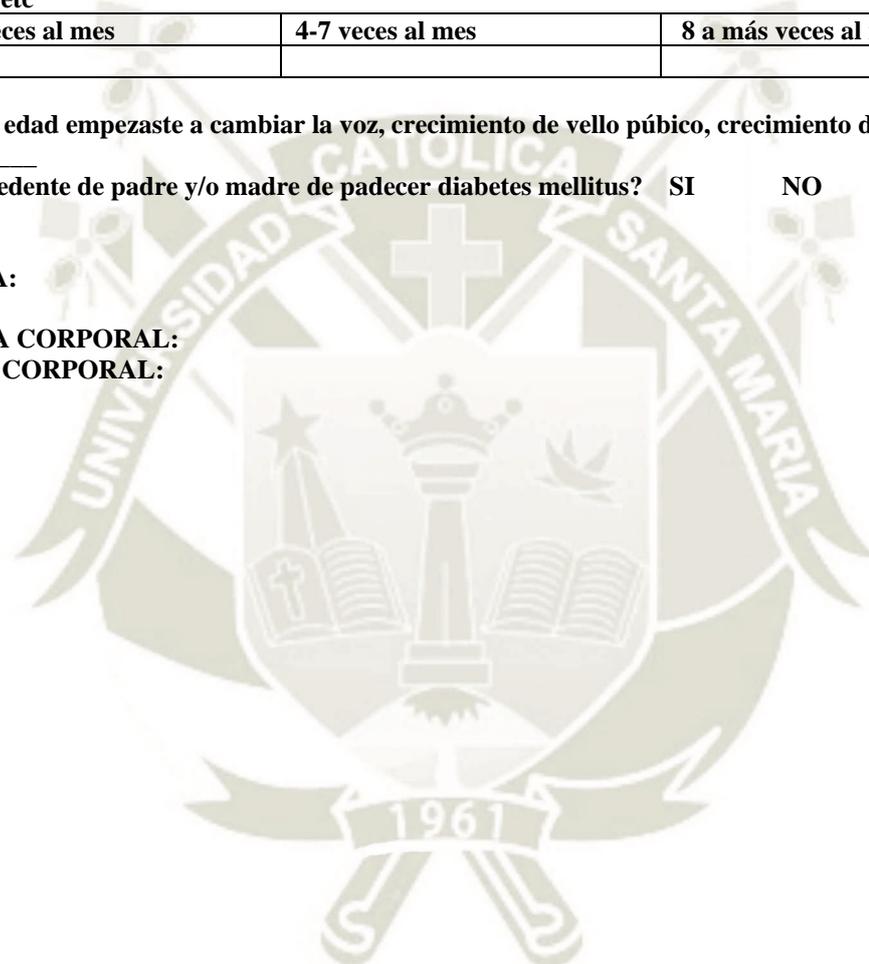
PESO:

TALLA:

IMC:

GRASA CORPORAL:

AGUA CORPORAL:



**CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADOLESCENTES (PAQ-A)
(FIABILIDAD Y VALIDEZ DE CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA PAQ-Q EN
ADOLESCENTES)**

QUEREMOS CONOCER CUÁL ES TU NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (ÚLTIMA SEMANA). ESTO INCLUYE TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES COMO DEPORTES, GIMNASIA O DANZA QUE HACEN SUDAR O SENTIRTE CANSADO, O JUEGOS QUE HAGAN QUE SE ACELERE TU RESPIRACION COMO JUGAR CHAPADAS, SALTAR LA SOGA, CORRE, TREPAN Y OTRAS

RECUERDA:

1. No hay preguntar buenas o malas. Esto NO es un examen.
2. Contesta las preguntas de la forma más honesta y sincera posible. Esto es MUY importante.

1) Actividad física en tu tiempo libre: ¿Haz hecho alguna de estas actividades en los últimos 7 días (última semana)? Si tu respuesta es sí: ¿Cuántas veces lo haz hecho? (marca un solo circulo por actividad)

ACTIVIDAD	CANTIDAD DE VECES				
	NO	1-2	3-4	5-6	7 o MÁS
Saltar a la sogá					
Patinar					
Juegos (ejm. Chapadas)					
Montar en bicicleta					
Caminar (como ejercicio)					
Correr					
Aeróbicos / Spinning					
Natación					
Bailar/ danza					
Tenis					
Montar patineta					
Futbol					
Vóley					
Básquet					
Balonmano					
Atletismo					
Pesas					
Artes marciales					
Otros:					

2) En los últimos 7 días: ¿Cuántas veces estuviste muy activo durante las clases: ¿jugando intensamente, corriendo, saltando, haciendo lanzamientos? (Señala sólo una)

<input type="checkbox"/>	No hice / No hago
<input type="checkbox"/>	Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Algunas veces
<input type="checkbox"/>	A menudo
<input type="checkbox"/>	Siempre

3) En los últimos 7 días: ¿Qué hiciste normalmente a la hora de la comida (antes y después de comer)? (señale solo una)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Estar sentado (hablar, leer, trabajo de clase) |
| <input type="checkbox"/> | Estar o pasear por los alrededores |
| <input type="checkbox"/> | Correr o jugar un poco |
| <input type="checkbox"/> | Correr y jugar bastante |
| <input type="checkbox"/> | Correr y jugar intensamente todo el tiempo |

4) En los últimos 7 días, inmediatamente después de la escuela, ¿cuántos días jugaste a algún juego, hiciste deporte o bailes en los que estuvieras muy activo? (señala solo uno)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ninguna |
| <input type="checkbox"/> | 1 vez en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 2-3 veces en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 4 veces en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 5 veces o más en la última semana |

5) En los últimos 7 días: ¿cuántos días a partir de las 6 pm y 10 pm hiciste deportes, baile o jugaste en lo que estuvieras muy activo? (señala solo uno)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ninguna |
| <input type="checkbox"/> | 1 vez en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 2-3 veces en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 4 veces en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 5 veces o más en la última semana |

6) El último fin de semana ¿Cuantas veces hiciste deportes, baile en los que estuvieras muy activo? (señala solo uno)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ninguna |
| <input type="checkbox"/> | 1 vez en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 2-3 veces en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 4 veces en la última semana |
| <input type="checkbox"/> | 5 veces o más en la última semana |

7) ¿Cuál de las siguientes frases describen mejor tu ultima semana? Lee las cinco alternativas antes de decidir cual te describe mejor. (señala solo una)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Todo o la mayoría de mi tiempo libre lo dedique a actividades que suponen poco esfuerzo fisico |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces (1 o 2 veces) hice actividades físicas en mi tiempo libre (por ejemplo: hacer deportes, correr, nadar, montar en bicicleta, hace aeróbicos) |
| <input type="checkbox"/> | A menudo (3-4 veces a la semana) hice actividad física en mi tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> | Bastante a menudo (5-6 veces en la ultima semana) hice actividad física en mi tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> | Muy a menudo (7 o más veces en la ultima semana) hice actividad física en mi tiempo libre |
| 8) | Señala con qué frecuencia hiciste actividad física para cada día de la semana (como hace deporte, jugar, bailar o cualquier otra actividad física) |
| <input type="checkbox"/> | |

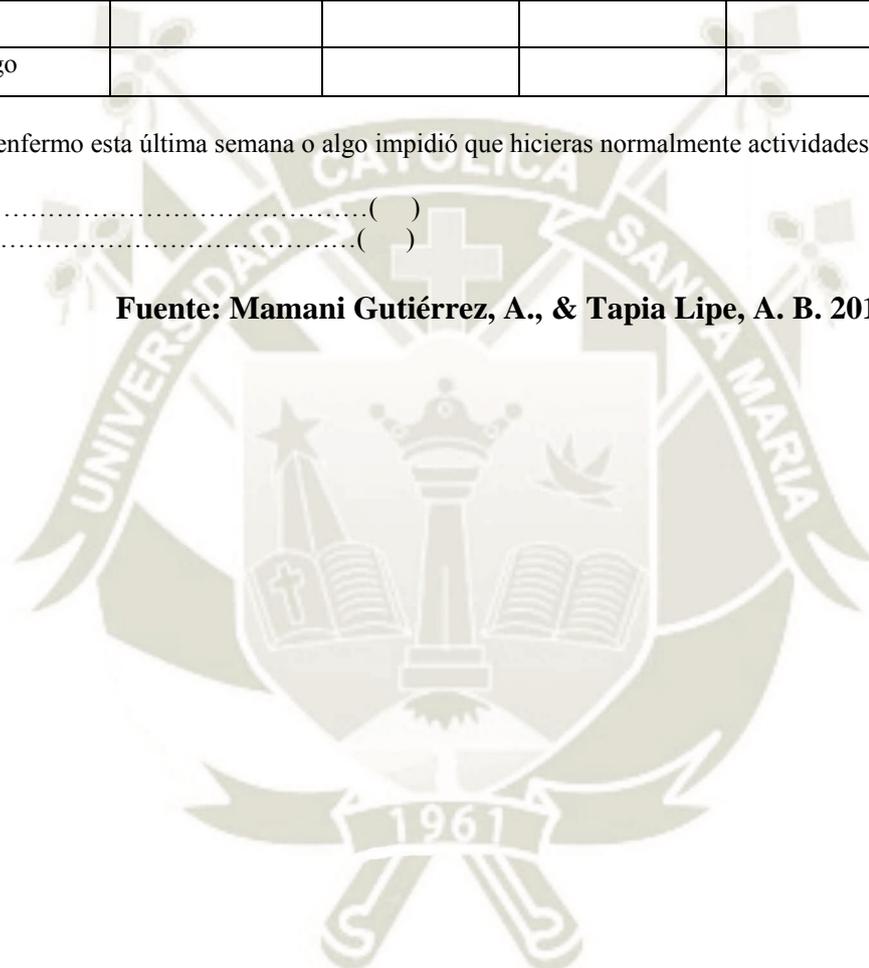
Días de la semana	FRECUENCIA				
	Ninguna	Poca	Normal	Bastante	mucha
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

9) ¿Estuviste enfermo esta última semana o algo impidió que hicieras normalmente actividades físicas?

SI.....()

NO.....()

Fuente: Mamani Gutiérrez, A., & Tapia Lipe, A. B. 2018



**Encuesta hábitos alimenticios fue elaborada y validada por el programa nutrición y
dietética de la Pontificia Universitaria Javeriana- 2014.**

FRECUENCIA DE CONSUMO

Alimentos	Al día				A la semana		
	1	2-3	4-6	+6	1	2-4	5-6
Productos lácteos							
Leche de vaca entera Marca más frecuente:							
Leche de vaca semidescremada Marca:							
Leche de vaca descremada Marca:							
Leche de vaca deslactosada Marca:							
Yogurt normal Marca:							
Yogurt light Marca:							
Queso doblecrema							
Queso campesino							
avena							
kumis							
Huevo, carnes, pescados							
Huevo de gallina							
Pollo con piel							
Pollo sin piel							
Carne de res							
Carne de cerdo							
Alimentos	Al día				A la semana		
	1	2-3	4-6	+6	1	2-4	5-6
Hígado de res							
Corazón							
Mollejas							
Chorizo							
Salchichón Marca:							
Morcilla Marca:							
Mortadela Marca:							
Salchicha Marca:							
Carne de hamburguesa							
Bagre							
Mojarra							

Robalo								
sardinas								
Atún.								
Otro:								
Leguminosas y Cereales								
Lentejas								
Frijol								
Garbanzos								
Tostadas								
Pan blanco								
Pan integral								
Mogolla								
Almojábana, pandebono, pandequeso								
Buñuelo								
Pastel de pollo								
Pastel de queso								
Galletas de sal, dux, club social								
Cereales Desayuno								
Marca:								
Avena en ojuelas								
Arepa								
Arroz								
Pasta para sopa								
Pasta para seco								
Plátano verde								
Plátano maduro								
Papa								
Yuca								
Arracacha								
Otro:								
Frutas								
Naranja								
Mandarina								
Banano								
Manzana								
Pera								
Ciruela								

Alimentos	Al día				A la semana		
	1	2-3	4-6	+6	1	2-4	5-6
Papaya							
Uvas							
Mango							
Guayaba							
Guanábana							
Tomate de árbol							
Durazno							
kiwi							
Arándano							
Uchuvas							
Melón							
zapote							
Mora							
Granadilla							
Maracuyá							
Limón							
piña							
Aceites y grasas							
Frutos secos, maní, almendras, nueces							
Aceite							
Marca:							
Aguacate							
Margarina							
Mantequilla							
Otro:							
Verduras y hortalizas							
Espinaca							
Col, coliflor, brócoli							
Lechuga							
habichuela							
Repollo							

Tomate rojo							
Zanahoria							
Ahuyama							
Remolacha							
Pepino							
Cebolla cabezona							
Champiñones							
Verduras enlatadas							
Otro:							
Dulces y postres							
Arequipe							
Bocadillo							
Mermelada							
Galletas dulces, waffer, festival, oreo,							
Pasteles dulces							
Gelatina							
Donas							
Brownie							
Helado							
Alimentos	Al día				A la semana		
	1	2-3	4-6	+6	1	2-4	5-6
Otro:							
miscelánea							
Sopas y cremas de sobre							
Mostaza							
Mayonesa							
Salsa de tomate							
Salsa rosada							
Salsa bbq							
sal							
azúcar							
Mecato tipo, papitas, platanitos, chitos							
Otro:							
Bebidas							
Gaseosa con azúcar							
Gaseosa baja en calorías							
Agua de sabor							
Jugos industrializados							
Marca:							
Agua de panela							
Jugos naturales de fruta							
café							
Chocolate							
Pony malta							
Chocolisto, milo							
Refrescos preparados en polvo, frutiño, sun							
Otro:							

Comidas rápidas							
Pizza							
Empanada							
Perro caliente							
hamburguesa							
Papa a la francesa							
salchipapa							
Otro:							
OTROS							

RECUESTO 24 HORAS

Hora	Lugar	Tiempo de comida	Nombre preparación	Ingredientes	Cantidad en medida casera	g.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RAPIDA Y EL TIPO DE DIETA EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020

Participación voluntaria: luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos:

1. Se tomará una encuesta con pregunta sobre la frecuencia de uso de locales de comida rápida y el tipo de dieta en adolescentes preuniversitarios
2. Se elegirá por sorteo a participantes entre edades de 14 a 16 años
3. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta
4. Colocar y explicar cada procedimiento en palabras sencillas

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

- No existen riesgos en esta investigación

Costos: Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidas por la investigadora.

Beneficios: puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estar contribuyendo decisivamente a este trabajo de investigación.

Confidencialidad: como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

Contacto: si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta

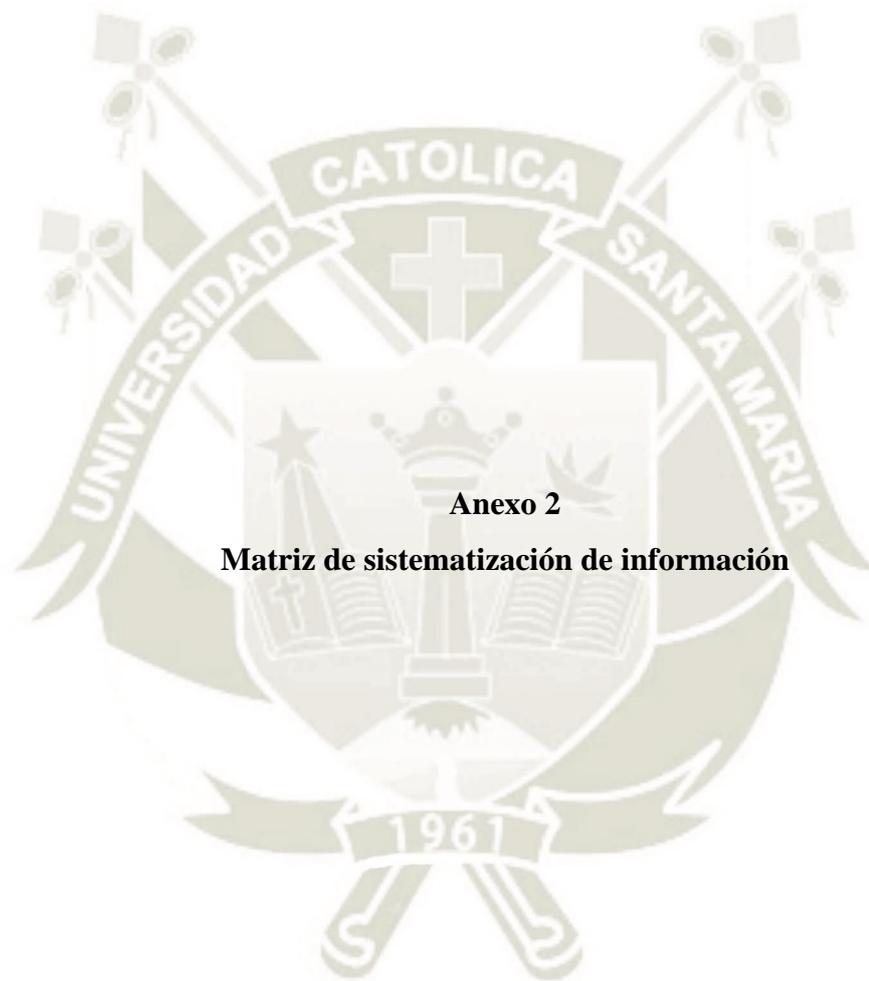
DECLARACIÓN/ AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria t que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar de este estudio.

.....
FIRMA DEL PARTICIPANTE QUE DA SU AUTORIZACION



Anexo 2

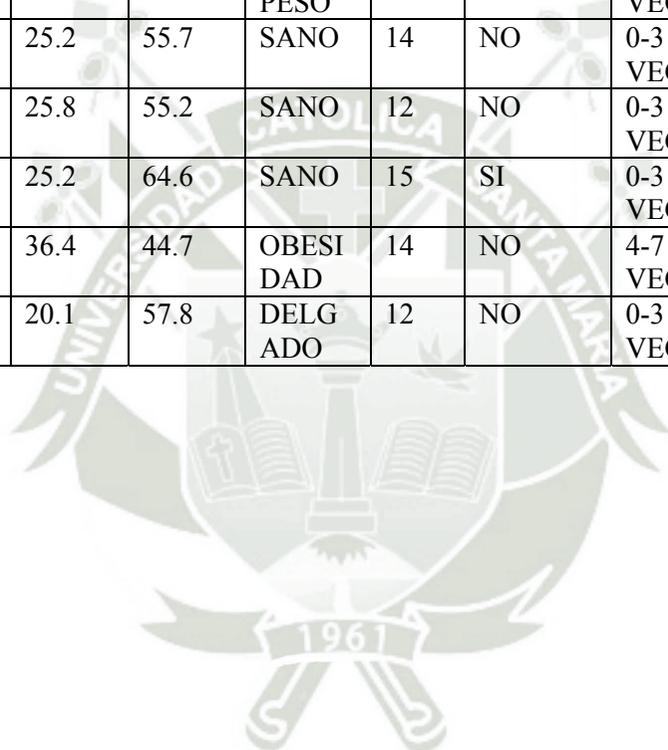
Matriz de sistematización de información

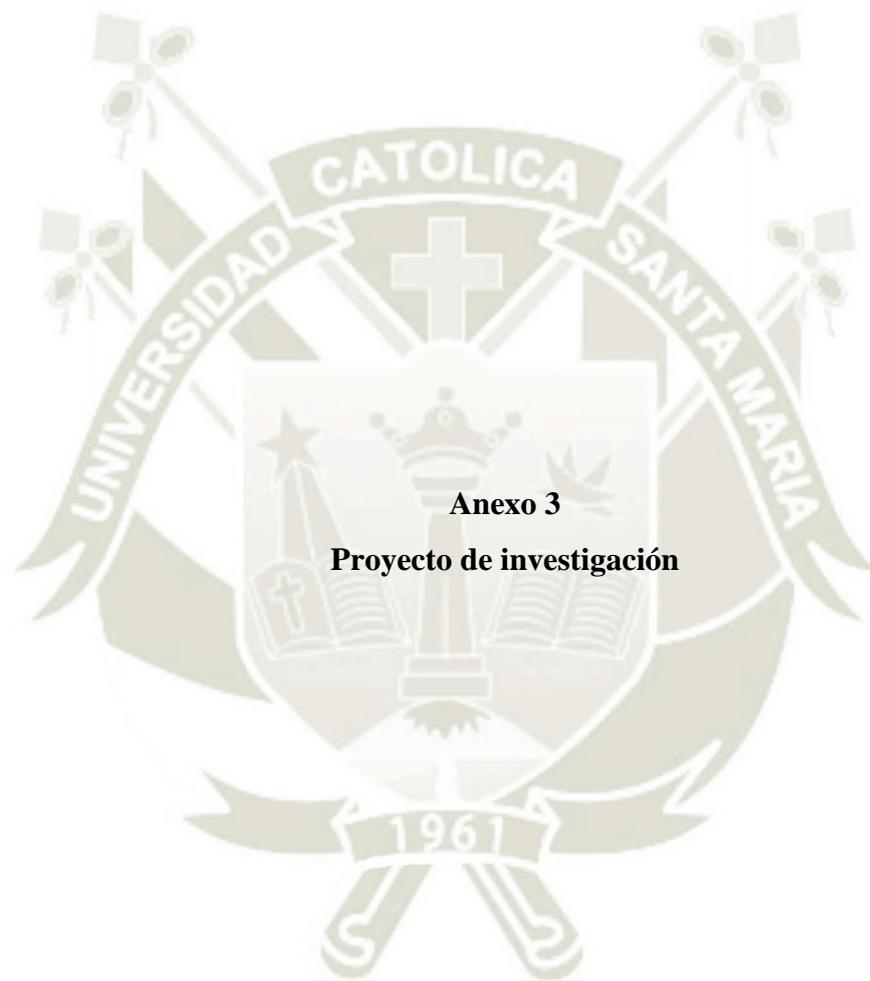
N° DE ESTUDIO	SEXO	EDAD	PESO	TALLA	IMC	PERIMETRO ABD	GRASA CORPORAL	AGUA CORPORAL	RESULTADO	EDAD DE CAMBIO	ANTECEDENTE DE DM	FRECUENCIA DE COMIDA RAPIDA	TIPO DE ALIMENTACIÓN	NIVEL DE ACT. FISICA PUNTAJE	RESULTADO DE ACT. FISICA	ENFERMO ULTIMA SEMANA
1	M	17	55.6	1.61	21.5	80	17	60.6	SANO	15	NO	8 A MAS	HIPERCALORICA	2	BAJA	NO
2	F	16	82.6	1.67	33.2	100	37.3	45.8	OBESIDAD	12	SI	0-3 VECES	HIPERCALORICA	3	OCASIONALMENTE	NO
3	F	17	68	1.6	26.5	80	33.3	48.7	SOBRE PESO	13	NO	0-3 VECES	HIPERCALORICA	2	BAJA	SI
4	F	16	53.7	1.57	21.8	76	25.5	54.4	SANO	13	SI	0-3 VECES	HIPERCALORICA	1	MUY BAJA	NO
5	F	17	57	1.46	26.7	90	38.1	43.9	SOBRE PESO	14	NO	4-7 VECES	HIPERCALORICA	3	OCASIONALMENTE	NO
6	M	17	99.6	1.77	31.8	103	31.4	50.6	OBESIDAD	15	NO	0-3 VECES	HIPERCALORICA	2	BAJA	NO
7	F	17	52.8	1.57	21.5	65	26.8	55.2	SANO	13	NO	0-3 VECES	EQUILIBRADA	2	BAJA	NO
8	M	15	44.9	1.64	16.7	68	28	51.9	SANO	13	NO	0-3 VECES	HIPERCALORICA	2	BAJA	NO
9	M	15	62	1.56	25.5	81	30.6	54.4	SOBRE PESO	12	NO	4-7 VECES	EQUILIBRADA	3	OCASIONALMENTE	NO
10	F	15	76.8	1.64	28.3	87	33.5	48.6	SOBRE PESO	13	NO	0-3 VECES	EQUILIBRADA	3	OCASIONALMENTE	NO
11	F	17	50.9	1.53	21.8	75	25.9	54.1	SANO	12	NO	0-3 VECES	EQUILIBRADA	2	BAJA	NO
12	F	17	40.	1.42	19	63	23.2	56.1	SANO	16	NO	4-7	HIPERCA	2	BAJA	NO

			2		.9							VECES	LORICA			
13	M	16	62.5	1.6	24.2	77	23.5	55.9	SANO	15	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	3	OCASIONA LMENTE	NO
14	F	16	50.4	1.46	23.6	70	31.3	50.2	SOBRE PESO	13	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	SI
15	M	16	75.6	1.68	26.8	100	26.7	53.5	SOBRE PESO	14	SI	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	SI
16	F	15	45.1	1.52	19.6	63	21.5	57.3	SANO	12	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	SI
17	F	15	55.4	1.56	22.7	72	28.3	52.4	SANO	12	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
18	F	16	43.7	1.49	19.7	70	22.8	56.4	SANO	11	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	1	MUY BAJA	NO
19	M	15	107.1	1.74	35.4	110	35.2	47.2	OBESI DAD	12	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	1	MUY BAJA	NO
20	M	15	84.1	1.77	26.8	90	25.5	54.4	SANO	13	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	4	BASTANT E	NO
21	M	16	73.1	1.7	25.3	86	23.7	55.7	SANO	15	NO	8 A MAS	EQUILIB RADA	2	BAJA	SI
22	F	17	78.9	1.57	32.1	102	37	46	OBESI DAD	11	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
23	M	16	63	1.65	23.2	82	20.1	58.3	SANO	15	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	SI
24	M	16	49.2	1.62	18.8	75	10.1	65.6	SANO	13	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	1	MUY BAJA	NO
25	F	15	57.1	1.53	24.4	77	29.3	51.5	SANO	13	NO	8 A MAS	EQUILIB RADA	2	BAJA	NO
26	M	17	54.1	1.58	21.6	76	25.5	54.4	SANO	13	NO	4-7 VECES	EQUILIB RADA	3	OCASIONA LMENTE	NO
27	M	17	65	1.67	23.3	78	20.3	58.1	SANO	15	NO	4-7 VECES	EQUILIB RADA	3	OCASIONA LMENTE	NO
28	M	15	45.3	1.6	17.7	70	6.8	68	DELG ADO	14	NO	0-3 VECES	HIPOCA LORICA	3	OCASIONA LMENTE	NO
29	F	16	61.	1.51	27	86	33.9	48.2	SANO	14	NO	0-3	EQUILIB	2	BAJA	SI

			9		.1							VECES	RADA			
30	M	16	60.7	1.67	21.8	82	18.7	59.4	SANO	14	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	NO
31	M	15	80.4	1.65	29.6	92	28.7	52.1	OBESI DAD	14	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	NO
32	M	16	87.8	1.72	29.8	100	30.7	50.6	OBESI DAD	14	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	3	OCASIONA LEMENTE	NO
33	F	17	87.2	1.6	34	103	42.6	41.9	OBESI DAD	15	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	1	MUY BAJA	NO
34	F	15	62.4	1.56	25.7	78	30.8	50.5	SANO	12	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	3	OCASIONA LEMENTE	NO
35	F	17	66.3	1.45	31.6	82	37.6	45.6	SOBRE PESO	15	SI	4-7 VECES	EQUILIB RADA	3	OCASIONA LEMENTE	NO
36	M	16	64.3	1.63	24.2	80	21.6	57.2	SOBRE PESO	14	NO	8 A MAS	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
37	F	17	52.5	1.62	20	65	22.2	56.8	SANO	10	NO	8 A MAS	HIPOCA LORICA	2	BAJA	SI
38	M	15	58.7	1.65	22.4	83	16.6	30.9	SANO	13	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	4	BASTANT E	SI
39	M	17	56.4	1.69	19.7	79	28.6	51.4	SANO	15	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
40	F	16	80	1.65	29.4	96	34.2	45.8	OBESI DAD	13	NO	8 A MAS	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
41	F	16	72.2	1.6	28.2	80	35	45.3	SOBRE PESO	12	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	1	MUY BAJA	NO
42	M	17	80.3	1.76	26	89	33.2	47.3	SANO	14	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
43	F	17	64.3	1.59	25.4	80	30.8	41.2	SANO	14	SI	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	SI
44	M	17	68.4	1.72	23.1	76	28.3	52.3	SANO	15	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	3	OCASIONA LEMNTE	NO
45	M	17	66.2	1.7	22.8	70	29.3	50.8	SANO	14	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO

46	F	17	47	1.54	19.8	62	25.3	53.8	SANO	12	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	3	OCASIONA LMENTE	NO
47	F	17	65.6	1.65	24.1	79	24.8	56.9	SANO	14	NO	0-3 VECES	EQUILIB RADA	1	MUY BAJA	NO
48	M	15	68.6	1.6	26.8	77	28.6	52.1	SOBRE PESO	14	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	3	OCASIONA LMENTE	NO
49	F	17	56.1	1.56	23.1	74	25.2	55.7	SANO	14	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
50	F	17	58.4	1.52	25.1	80	25.8	55.2	SANO	12	NO	0-3 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
51	F	17	62.1	1.58	24.8	80	25.2	64.6	SANO	15	SI	0-3 VECES	EQUILIB RADA	2	BAJA	NO
52	F	16	89	1.65	32.7	96	36.4	44.7	OBESI DAD	14	NO	4-7 VECES	HIPERCA LORICA	2	BAJA	NO
53	F	17	56	1.75	18.3	73	20.1	57.8	DELG ADO	12	NO	0-3 VECES	HIPOCA LORICA	3	OCASIONA LMENTE	NO





Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FRECUENCIA DE INGESTA DE COMIDA RÁPIDA Y TIPO DE DIETA EN
ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA VILLEGAS- 2020”**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

Rocha Tejada, Franscine Luciana

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dra. Muñoz del Carpio Toia, Águeda

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO

Actualmente, en nuestra sociedad, la accesibilidad a la comida rápida ha llevado a un estilo de vida inapropiado, es decir, hábitos alimenticios poco saludables y poca actividad física, lo que lleva a un aumento en la prevalencia de obesidad y sobrepeso y con ello un alto riesgo de comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otros, no menos importantes.

En las primeras etapas de la vida humana, aquí es donde surgen la consolidación y la adquisición de estilos de vida saludables. Por otro lado, en la adolescencia, se considera la etapa de consolidación de los comportamientos desde las primeras etapas del ser humano, pero es principalmente en esta etapa que se incorporan nuevos hábitos y formas de vida adquiridas.

En nuestra sociedad, esto significa que el fácil acceso a la comida rápida puede reemplazar la alimentación saludable de los adolescentes debido a varios factores: la familia, la escuela y los medios de comunicación.

En la familia, por falta de dedicación a la cocina, desinterés por la comida y pérdida de la autoridad parental.

En la escuela, no le dan importancia al tipo de dieta y es allí donde se observa el aumento excesivo de grasas y azúcares; Además, no fomentan la promoción y prevención de estilos de vida saludables.

Los medios de comunicación son de vital importancia para el adolescente, ya que es una etapa de construcción de identidad; es más fácil ser manipulado por lo que ve, por lo tanto, que por precios bajos y el mismo estilo de vida: no hay tiempo para comer en casa, donde se promueven nuevos alimentos.

Los alimentos en nuestro país están mal distribuidos en una proporción predominante de carbohidratos y grasas, donde el consumo es alto en calorías y bajo en fibra, lo que conduce al aumento de peso.

En nuestro país, la obesidad y / o el sobrepeso provocan muertes relacionadas con estilos de vida poco saludables, llamados estilos de vida sedentarios.

Por esta razón, cultivar y promover estilos de vida saludables sería beneficioso para el futuro y, especialmente, en una etapa como la adolescencia, cuando son más susceptibles a desarrollar nuevos hábitos. Cabe señalar que al menos el 50% de los adolescentes tienen

sobrepeso u obesidad. La adolescencia es una etapa por la que pasamos, donde la promoción de la comida rápida en la televisión es más frecuente, las escuelas para brindar un servicio a los estudiantes olvidan un estilo saludable, entre la escuela y la universidad surge el desequilibrio del estudiante que, al prepararse Al ingresar a la universidad, la actividad física disminuye y la comida se deteriora al mismo tiempo y a precios bajos.

Finalmente, somos lo que comemos y no debemos olvidar que el cambio depende de nosotros.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

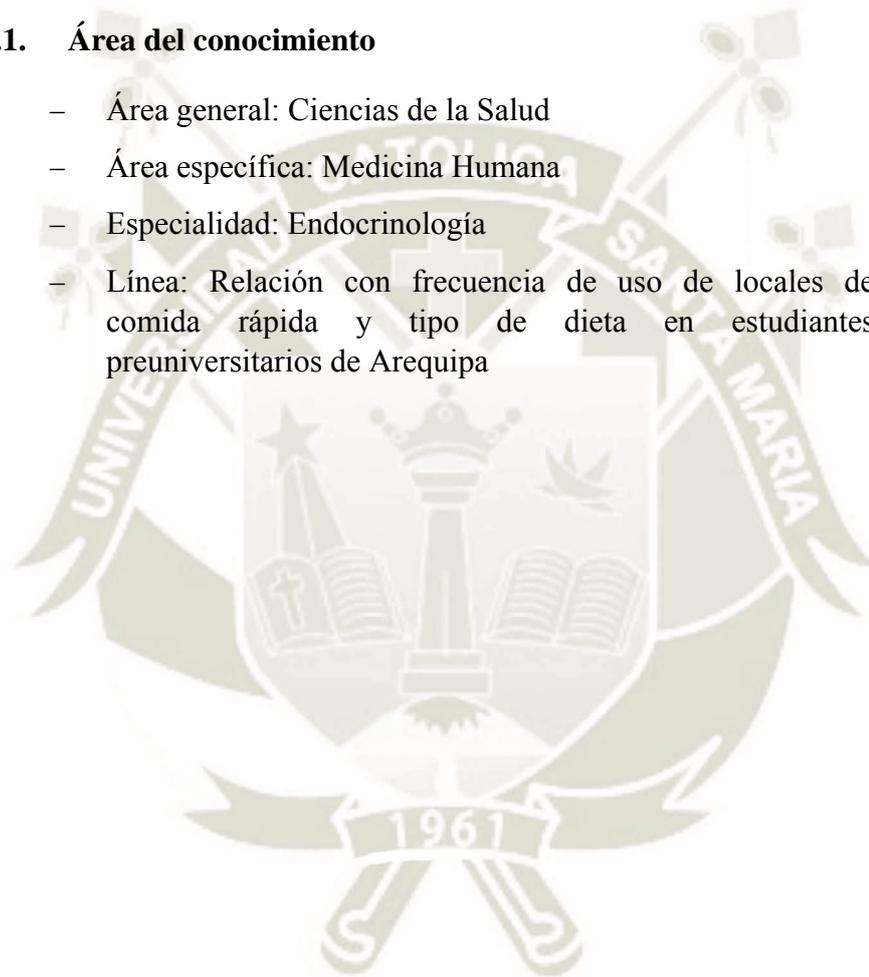
1.1. Enunciado del Problema

¿Existe relación con frecuencia de ingesta de comida rápida y tipo de dieta en estudiantes preuniversitarios de la academia Villegas?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Endocrinología
- Línea: Relación con frecuencia de uso de locales de comida rápida y tipo de dieta en estudiantes preuniversitarios de Arequipa



1.2.2. Operacionalización de Variables:

Frecuencia de ingesta de comida rápida y tipo de dieta en estudiantes preuniversitarios de academia Villegas

Características generales

	Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala
Variable interviniente	Edad	Número de años según cuestionario	Años	cuantitativa
	Género	Sexo según cuestionario	Masculino/ femenino	Cualitativa

Características del estado nutricional

	Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable dependiente	Estado nutricional	IMC- porcentaje de grasa corporal	Normopeso, sobrepeso , obesidad tipo I , obesidad tipo II	Cualitativa

Características de hábitos nutricionales

	Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala
Variable independiente	Hábitos nutricionales	Encuesta de Frecuencia de consumo. Practicas alimentaria: cuestionario estructurado	Frecuencia de consumo de alimentos Hipercalórica Equilibrada Hipocalórica	Cuantitativa

1.2.3. Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuáles son las características generales en los adolescentes preuniversitarios?
- 2) ¿Cuáles son las características de los tipos de dieta en los adolescentes preuniversitarios?
- 3) ¿Cuál es la frecuencia de ingesta de comida rápida en adolescentes preuniversitarios?

1.2.4. Tipo de investigación:

El presente estudio, es un estudio de investigación de campo, función a que será desempeñados en el lugar donde estudian de la población estudiada y los datos obtenidos serán analizados y comparados.

1.2.5. Diseño de investigación:

El presente estudio es observacional, retrospectivo y transversal

1.2.6. Nivel de investigación:

El presente estudio es exploratorio, descriptivo y correlacional.

1.3. Justificación del problema

Los estilos de vida son la forma de vida y los patrones de comportamiento individuales de un individuo (1).

Los estilos de vida saludables son un conjunto de hábitos y comportamientos que llevan a las personas a alcanzar el bienestar y la satisfacción total consigo mismas; por el contrario, los estilos de vida poco saludables están relacionados con comportamientos que tienen efectos negativos en la salud y la insatisfacción del ser humano (2).

En las etapas de vida del ser humano, son donde se da la consolidación y la adquisición de estilos de vida saludable.

La niñez, en la etapa escolar, resulta la etapa donde se establece los hábitos saludables que pueden y se deberían mantenerse a largo plazo; la adolescencia considerada como etapa de consolidación de los comportamientos provenientes de la infancia, y donde se incorporan nuevos hábitos y formas de vida propios adquiridos durante esta etapa en sus diversas formas de socialización (1,3).

Hoy en día existe evidencia del incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) tanto en población adulta como en población infantil, debido a estilos de vida no saludables como una alimentación no balanceada y poca actividad física. El aumento de la obesidad infantil, se asocia con diversas alteraciones metabólicas como dislipidemias, diabetes e hipertensión, son los principales ejemplos (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe mundial del año 2011 deja claro que estas enfermedades constituyen casi el 80 % de la carga total de morbilidad en los países de bajos y medianos ingresos. Asimismo, este informe muestra que, del total de muertes producidas en todo el mundo en 2008, 36 millones se debieron a ENT, y 3,2 millones de muertes relacionadas con el estilo de vida no saludable llamado sedentarismo (5).

Por estas razones el nivel de actividad física es un indicador fundamental de vigilancia epidemiológica en el ámbito escolar. Los datos epidemiológicos confirman este problema, lo que se necesita es alentar, cambiar la mentalidad, lo que lleva a considerar que el estilo de vida sedentario y la dieta inadecuada son factores de riesgo para varios trastornos metabólicos, como la obesidad infantil. El sobrepeso y / o la obesidad son un problema de salud pública, pero también son problemas sociales, ya que son la causa de la depresión en los adolescentes. Por esta razón, el adolescente lo lleva a un estilo de vida poco saludable, ya que genera un círculo vicioso que resulta en un estilo de vida sedentario, lo que lleva a la insatisfacción corporal, todo lo cual se ve reforzado por la imagen impuesta por los medios y el consumismo. En nuestro país, los alimentos se basan principalmente en carbohidratos y grasas, más que nada debido a las costumbres, por lo que genera aumento de peso. Este trabajo de investigación surge como la necesidad de conocer los factores modificables en una fase de la vida que consolida los estilos de vida y, por lo tanto, para demostrar que, aunque existen estrategias de prevención y promoción, todavía tenemos un largo camino por recorrer para luchar contra esto. Existen estudios previos sobre el tipo de dieta en adolescentes. Sin embargo, no hay trabajos previos que tengan en cuenta la frecuencia con la que van a lugares de comida rápida, por lo que este trabajo es innovador y puede ser útil para futuras investigaciones. En otras palabras, es hacer que las personas sean conscientes de

que con un estilo de vida saludable podemos recorrer un largo camino y reducir la obesidad infantil o diversas enfermedades (6).

2. Marco conceptual

2.1. Definición de comida rápida:

La "comida chatarra o comida rápida" incluye alimentos industriales, poco saludables y nutricionalmente desequilibrados, con un alto contenido de azúcares, grasas y / o sal y bajas cantidades de fibra, minerales y vitaminas. Esta comida generalmente se asoció con alimentos consumidos fuera de los horarios de comidas formales. Sin embargo, ahora se ha convertido en el nuevo alimento básico en la mayoría de las partes del mundo. Lamentablemente, para un número cada vez mayor de personas, estos alimentos son la opción más económica para aliviar el hambre. Esta "comida rápida" define un patrón dietético que, junto con un estilo de vida sedentario y la exposición a sustancias nocivas, afecta los procesos bioquímicos que, genéticamente controlados, predisponen a enfermedades crónicas y aumentan la morbilidad y la mortalidad (7).

La comida chatarra contiene conservantes artificiales, colorantes y sabores, a base de sodio y azúcar; por lo tanto, tiene una presencia abundante de grasas saturadas, ácidos grasos y calorías. Por lo tanto, puede ocurrir una alergia a ciertos químicos; así como otros tipos de enfermedades como diabetes 2, colesterol, etc. A veces, los niños, adolescentes o adultos pueden depender de ellos o de la llamada adicción debido a estos anexos. Esta dependencia ayuda al mercado al aumentar la compra de este producto:

- La comida chatarra contiene poca fibra y muchos productos que son difíciles de digerir. Este alimento ya está procesado, no nos proporciona las vitaminas y minerales necesarios para nuestro cuerpo, de acuerdo con la tabla nutricional, los alimentos basura solo proporcionan carbohidratos y grasas que solo proporcionan energía al cuerpo, pero no proteínas, vitaminas y todo lo que necesitas tener una operación adecuada. Esto puede causar colitis, que es una irritación o inflamación del intestino grueso y se llama la parte más afectada del intestino (colon), o simplemente puede causar estreñimiento o diarrea.

Las empresas dedicadas a la producción de "comida rápida" (hamburguesas, pizzas, comidas saladas y fritas, papas fritas, dulces) enfocan sus productos de acuerdo a la

demanda por grupo de edad, siendo los niños y adolescentes dos de sus mercados más populares. Los productos diseñados para niños se caracterizan por un precio económico y una presentación que incluye figuras para coleccionar, tatuajes, juegos; Para los adolescentes, se agregan imágenes o frases relacionadas con el éxito. Desafortunadamente, los niños y adolescentes que consumen comida chatarra, posiblemente debido al exceso de sal disponible, también incluyen refrescos como parte de los refrigerios, la ingesta de leche cambiante y producen una falta positiva de proteínas, vitaminas y minerales en el equilibrio energético. Comer "comida chatarra o comida rápida", incluidos los refrescos en los niños, especialmente vulnerables a las alternativas alimentarias atractivas, puede contribuir a la epidemia de obesidad. Aunque la obesidad es multifactorial, la dieta es el contribuyente más importante (7).

2.2. Epidemiología:

Entre 2000 y 2013, el consumo de alimentos ultraprocesados aumentó en más del 25%, y el consumo de comida rápida en casi un 40%, según la OMS, también indica que la tendencia mundial de obesidad y obesidad en los niños es preocupante debido al gran consumo de productos procesados con alto poder calorífico y bajo valor nutricional, como dulces y refrescos.

Por esta razón, es importante saber que la incidencia total de obesidad se ha triplicado desde 1975. En 2016, más de 1.900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso. De estos, más de 650 millones de personas tenían sobrepeso. Esto significa que el 39% de las personas mayores de 18 años tenían sobrepeso. Esta proporción fue del 39% en hombres y del 40% en mujeres. La obesidad afectó al 13% de la población mundial, mayor de 18 años, con una incidencia de obesidad del 11% en hombres y del 15% en mujeres (8).

Igual tendencia se detecta en niños y adolescentes en el rango de edad, entre 5 a 19 años. En 2016 había 340 millones de este grupo con sobrepeso u obesidad. La prevalencia de estas afecciones se ha incrementado en forma dramática de 4 % en 1975 a 18 % en 2016, siendo este incremento similar en hombres y mujeres. La prevalencia de sobrepeso en 2016, en este rango de edad, fue de 18 % en mujeres y 19 % en varones (8).

En el Perú, la Encuesta Nacional de Salud (ENDES) 2014 (9), en personas ≥ 15 años de edad, encontró una prevalencia de sobrepeso de 33,8%. Esta fue mayor en Lima (35,7%) y en la costa (36,7%) que en la selva (33,4%) y que en la región andina (29,8%). La prevalencia de obesidad fue 18,3%, mayor en áreas urbanas (21,5%) que en rurales (8,9%). En el seguimiento de estos indicadores los años 2015 y 2016 se observó que el IMC promedio y la prevalencia de obesidad y sobrepeso se han estabilizado a nivel nacional (9).

2.3. Características de la Comida rápida

- Son productos elaborados con grandes cantidades de azúcar, grasa y sal.
- Son sometidos a procesos industriales y se comercializan en empaques.
- Muchos de ellos no requieren refrigeración para su almacenamiento.
- Algunos poseen un periodo de caducidad prolongado.
- Su precio es relativamente barato.
- Son ampliamente distribuidos comercialmente, lo cual los hace muy accesibles de consumir (10).

2.4. Causas de consumo de comida rápida

El Programa de Desarrollo Integral Interdisciplinaria Consumo responsable para una correcta alimentación y nutrición). señala que el consumo excesivo de la comida rápida o chatarra tiene diferentes causas como:

- Tiene buen sabor, pero no es de calidad, tampoco nutritivo.
- Es barata y accesible a la economía familiar.
- Es fácil de preparar, es decir es precocido.
- Es cómoda de ingerir en la calle o lugares públicos.
- Cuenta con amplia distribución comercial.
- Tiene publicidad agresiva.
- Su empaque permite ingerirla en cualquier lugar (10).

2.5. Etiología:

2.5.1. Estilos de vida:

2.5.1.1. Actividad física:

Los beneficios de la actividad física para niños y adolescentes son muchos, tales como: beneficios físicos, mentales y sociales, para la salud que hará la transición a la edad adulta, y el comportamiento de ejercer actividad física que continuará hasta la edad adulta (11).

Si bien dicho cuando el estilo de vida es inadecuado, es decir, persona sedentaria, conlleva a un menor uso energético y promueve la ganancia ponderal.

Según The National health and Examination Survey (NHANES), el sobrepeso o la obesidad está inversamente proporcional a la intensidad de la actividad física (12).

2.5.1.2. Hábitos alimenticios:

Definir hábitos alimenticios no es fácil porque hay una variedad de conceptos, pero la mayoría está de acuerdo en que son manifestaciones recurrentes de comportamiento individual y colectivo en términos de qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, por qué comer y quién consume alimentos y adoptada directa e indirectamente como parte de la práctica sociocultural (13,14).

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela (15). En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación (16), y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes (17).

Sin embargo, los hábitos alimenticios han cambiado debido a diferentes factores que alteran la dinámica y la interacción de la familia; Uno de ellos corresponde a la situación económica que afecta los patrones de consumo de niños y adultos (18), la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina y de organización (19), y la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad, ha ocasionado que muchos niños coman cuándo, cómo y lo que quieran (20).

A su vez, la publicidad televisiva es parte del entorno social humano, que, en el caso de su influencia en los hábitos alimenticios de los niños, ha estado reemplazando instancias como la familia y la escuela; Promover el consumo de alimentos poco saludables, como el acceso a la comida rápida, con alto contenido calórico y alta densidad de grasas, puede ser parte del aumento del sobrepeso u obesidad en el país, ya que los niños son más susceptibles a la influencia, debido al hecho que están en una etapa de construcción de su identidad (21), y por lo tanto son fácilmente manipulables por los anuncios publicitarios que promocionan nuevos alimentos (22).

Los anuncios conducen a la comida rápida llamada comida rápida es un tipo de comida barata, que hoy en día es fácil de cocinar y comer. En nuestra sociedad, hoy existe un amplio estereotipo de consumidores, desde jóvenes hasta adultos. Además, debido al mismo estilo de vida, eso significa que no hay tiempo para comer en casa por el mismo hecho del tiempo o también por el costo financiero porque la comida rápida tiene precios bajos.

La comida rápida es dañina cuando la hacemos una parte regular de la dieta, es decir, un aumento excesivo que nuestro cuerpo obtiene en grasas y azúcar y, por lo tanto, un exceso de calorías que conduce al sobrepeso y / o la obesidad, lo que lleva a problemas como diabetes, presión arterial alta etc (23).

En el caso de la escuela, esta institución permite al niño enfrentar nuevos hábitos alimenticios que generalmente no son saludables; aunque también asume un papel clave en la promoción de factores protectores en términos de hábitos alimenticios. En este sentido, las acciones de promoción y prevención escolar son responsables de los docentes a través del contenido temático en materias como las ciencias naturales. Sin embargo, es necesario abordar este tipo de problemas desde una perspectiva integral, que permita combinar conocimientos, actitudes y conductas saludables que promueva en los niños un estilo de vida saludable (24), e incluso coadyuve a evitar la aparición de síntomas de trastornos alimentarios (25).

2.5.1.3. Trastornos hormonales

Durante la niñez, Hay dos hormonas responsables de regular el crecimiento: la hormona tiroidea y la hormona del crecimiento, pero durante la adolescencia se registran las llamadas hormonas sexuales: andrógenos, estrógenos y progesterona (26).



2.5.1.4. Factores psicológicos

Son importantes, porque si hay una condición asociada con el aumento de peso, es el trastorno afectivo que puede generar, lo que genera depresión y estrés en los adolescentes (27).

2.5.1.5. Factores genéticos

Existen factores primarios, como la deficiencia de leptina, la deficiencia de POMC, que es una molécula precursora de varios péptidos activos del eje hipotalámico-suprarrenal pituitario, incluida la hormona estimulante de melanocitos, mutaciones en el receptor MC4 (MC4R) expresado principalmente en el hipotálamo (28).

2.6. Fisiopatología de la obesidad

2.6.1. Determinante del gasto energético

Para que se produzca un aumento de la grasa corporal, es necesario que la ingesta calórica sea mayor que el gasto de energía (29). Este principio termodinámico, que parece tan simple, está sujeto a varios factores con un efecto modulador y mecanismos de retroalimentación complejos. Esto se ilustra mediante la observación de que el peso tiende a permanecer dentro de un rango de $\pm 10\%$ de un valor predefinido, de modo que un cambio de peso en cualquier dirección produce cambios en el gasto de energía y el comportamiento alimentario que favorecen el regreso a la dieta con peso inicial (29).

2.6.2. Factores genéticos:

Los factores genéticos claramente juegan un papel en el desarrollo de la obesidad. Los estudios en niños adoptados muestran una mayor correlación entre el peso del niño y el peso del padre biológico (30).

2.6.3. Distribución y número de células adiposas:

En términos generales, la obesidad temprana es hiperplásica y la de un adulto hipertrófica, pero este no es siempre el caso, ya que es común que las personas obesas en masa tengan hiperplasia de células grasas (31).

2.6.4. Papel de la leptina:

El gen *ob* responsable de la obesidad en una cepa de ratones, tiene como producto una hormona secretada por adipocitos llamada leptina. Los animales con mutación del gen *ob* tienen sobrepeso y pierden peso cuando se administra leptina. En pacientes obesos y pacientes normales, la leptina sérica se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, lo que sugiere que la mayoría de las personas obesas tienen un defecto en la sensibilidad a la leptina (32).

2.7. Diagnóstico

La antropometría en la evaluación del sobrepeso y la obesidad:

En pediatría, se dispone de medidas indirectas para evaluar la obesidad:

- **Peso/Longitud-Talla:** Se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal y se usa en niños menores de cinco años. Algunos autores recomiendan el uso de este indicador antropométrico para niños menores de dos años y en pacientes con baja estatura severa (33).
- **IMC:** Es el índice más ampliamente aceptado para evaluar la obesidad infantil desde los 2 años de edad y la adolescencia. El índice de masa corporal o índice de Quetelet es una expresión de peso en relación con la altura y se calcula dividiendo el peso corporal expresado en kilogramos por la altura al cuadrado, expresada en metros. En niños y adolescentes, tiene una muy buena relación con la grasa corporal medida por los pliegues de la piel (33).
- **Pliegues cutáneos:** Es una herramienta para medir la masa grasa de un individuo. El estudio multicéntrico de la OMS publicó valores normales de

tríceps y pliegue subcapular para niños y niñas entre 3 meses y 5 años. Para niños entre 0 y 19 años, hay disponibles tríceps y mesas plegables subcapulares de Tanner (1975) (33).

- **Circunferencia de la cadera (CC):** es un método sencillo, económico y reproducible que se utiliza para valorar la distribución del tejido adiposo abdominal subcutáneo (TAAS) y del tejido adiposo abdominal visceral (TAAV) (34).
- **Bioimpedanciometría y absorciometría dual de rayos X (Dexa):** son dos métodos para la evaluación de la obesidad infantil disponibles solo para investigación (33).
- La historia clínica y el examen físico en la evaluación del sobrepeso y obesidad, a pesar de ser la herramienta más común para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, el IMC no es totalmente útil en niños por el notable cambio de la composición corporal (35). Es por ello que el diagnóstico debe ser complementado con otros métodos (36,37).
- **Anamnesis alimentaria:** Son productos de alta densidad energética con un contenido bajo o nulo de proteínas, ricas en grasas saturadas y trans y un alto respaldo mediático (38).
- Otras medidas antropométricas: aunque el IMC es un buen indicador del exceso de grasa corporal, se han propuesto otros métodos. Estas medidas no son del todo confiables porque no tienen puntos de corte pediátricos unificados (39,40)

2.8. Tratamiento

El tratamiento de la obesidad adolescente debe basarse principalmente en intervenciones que cambien su estilo de vida hacia un modelo de estilo más saludable y que puedan lograr la pérdida de sobrepeso y el posterior mantenimiento del peso para lograr un IMC dentro de límites aceptables.

Estas intervenciones se distribuyen en tres grupos diferentes:

- Tratamiento cognitivo-conductual.
- Intervención dietética.
- Aumento de la actividad física (41).

El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales, junto a un crecimiento y desarrollo normales.

- **Alimentación:** Consiste principalmente en organizar y equilibrar la dieta diaria para que la ingesta calórica y de macronutrientes se distribuya uniformemente durante todo el día, sin períodos fijos prolongados, y revertir una dieta, que generalmente se basa en alimentos muy calóricos con poco valor nutricional, para otra que consiste en alimentos con alto valor nutricional y efecto saturante, pero con menor valor calórico (41).

El consenso latinoamericano de obesidad. La alimentación en adolescente puede ser hipocalórica hasta con un 25% de calorías menos o aportar no menos de 1.200 kcal diarias, con igual composición de 50% carbohidratos, 20% de proteínas y 30% de grasas (10% saturadas, 10% poliinsaturadas, 10% monoinsaturadas), distribuir en tres comidas y tres meriendas (42). No consumir bebidas azucaradas alcohólicas ni alimentos fritos, realizar actividad física regular como deportes, aeróbicos. Limitar el consumo de sal a menos de 5 gramos al día (aproximadamente una cucharadita de café) (43).

- **Incremento de la actividad física:** El ejercicio aumenta el gasto energético, mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye la lipogénesis. Es útil para mantener la pérdida de peso y debe ser individualizado. Junto con el cambio en los hábitos dietéticos es necesario el aumento de la actividad física diaria (43). El adolescente debe realizar al menos una hora al día de ejercicio físico de acuerdo con sus habilidades e intereses, comenzar a un ritmo e intensidad razonables, lo que aumentará gradualmente en intensidad y duración a medida que mejore su forma física, lo que refuerza positivamente el resto de los esfuerzos. Además, se recomienda aumentar la actividad física de las actividades diarias, como promover formas de tiempo libre activo, tareas domésticas, caminar, subir y bajar escaleras, etc (44).
- **Tratamiento cognitivo- conductual**

La modificación del estilo de vida dirigido a la dieta saludable y al aumento de la actividad física debe facilitarse con técnicas conductuales como la automonitorización y el control de estímulos (45).

Dentro del TCC destacan las siguientes intervenciones:

- **Técnicas de autocontrol:** autoobservación, identificación de situaciones desencadenantes de ingesta alimentaria (ver la televisión, salir con amigos, etc.), establecimiento de metas realistas y control de estímulos (comer sentado, despacio, sin distracciones, registro de comida, levantarse de la mesa al comer) (44).
- **Reestructuración cognitiva:** conocimiento de los propios pensamientos y emociones y su relación con la ingesta alimentaria; detección, análisis y cambio de pensamientos automáticos negativos irracionales; y sustituir las creencias erróneas por ideas más adecuadas (44).
- **Focos de trabajo:** mejorar la autoestima y la actitud ante las críticas; valoración de las fortalezas; y reforzar la autoeficacia, la imagen corporal y los logros conseguidos (44).
- **Seguimiento y evolución:** reevaluación de los cambios producidos y mantenidos en el tiempo (44).
- **Farmacoterapia:** En nuestro entorno, actualmente, no existe ningún tratamiento farmacológico aceptado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) (46) en menores de 18 años, aunque cada vez es más generalizado el empleo de la metformina en pacientes obesos fuera de indicación, puesto que este fármaco solamente está aceptado para su empleo en pacientes con DM2 mayores de 10 años. La metformina es una biguanida oral que se ha demostrado que es efectiva en la pérdida de peso, hiperinsulinemia e hiperglucemia en adultos con DM2 (46). En mujeres con PCOS, reduce el hiperandrogenismo y el colesterol total, además de mejorar los síntomas. En adolescentes con obesidad e IR que no han respondido al tratamiento basado en cambios de estilo de vida, el tratamiento con metformina (500-850 mg / 12 h) se evaluará individualmente, sin abandonar las indicaciones de cambio y aumento de la dieta. de actividad física La indicación del tratamiento se volverá a evaluar periódicamente, ya que no debe utilizarse de forma indefinida. En adolescentes con obesidad y comorbilidades graves que no han respondido al tratamiento basado en la modificación del estilo de vida se puede valorar el tratamiento con orlistat (120 mg con el desayuno, la comida y la cena), sin abandonar las

indicaciones de cambio dietético y aumento de actividad física. El orlistat es un inhibidor de la lipasa pancreática y gástrica que inhibe la absorción de la grasa de la dieta y que, colateralmente, impide la absorción de las vitaminas liposolubles (47). Orlistat (44) no está aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ni por la EMA para su uso en menores de 18 años (44).

- **Tratamiento quirúrgico:** La cirugía bariátrica debe quedar reservada sólo para adolescentes con obesidad muy grave ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) y comorbilidad grave o con obesidad extrema ($IMC > 50 \text{ kg/m}^2$), en los que hayan fracasado todas las posibilidades terapéuticas previas mantenidas al menos durante 6 meses (48).

2.9. Complicaciones

Con el aumento de la obesidad infanto-juvenil, aparecen las complicaciones: diabetes, apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS), problemas óseos y articulares, dislipidemias, síndrome metabólico (SM) y la enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA).

Más frecuentes:

- **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):** el riesgo de desarrollarla aumenta considerablemente con el aumento del IMC. Su incremento a + 2DE en el niño, se acompaña de aumento del riesgo de presentar hiperinsulinemia en el 12,6%. Cuando se realiza la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) en niños y adolescentes obesos, se encuentra que entre un 17 al 25% presentaban alteración en la prueba y un 4 al 6% tenían DM2 no diagnosticada (44).
- **Hipertensión arterial (HTA) y enfermedad cardiovascular (ECV):** La obesidad, la intolerancia a la glucosa y la hipertensión están asociadas con un mayor riesgo de mortalidad antes de los 55 años, y la obesidad se convierte en un predictor de muerte debido al riesgo de ECV. La presión arterial alta durante la infancia es una señal de alarma que contribuye a aumentar el riesgo cardiovascular en la edad adulta (49).
- **Apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS):** se caracteriza por episodios de obstrucción respiratoria con interrupción y fragmentación del sueño, hipoxia intermitente e hipercapnia. La obesidad produce un aumento en

la presión crítica de cierre de la vía aérea superior, ya sea por un efecto directo debido a los depósitos de tejido adiposo o por efecto indirecto, al disminuir la capacidad contráctil de los músculos dilatadores faríngeos, lo que explica la hipercapnia repetitiva (50).

- **Síndrome metabólico:** El SM también se conoce como síndrome de resistencia insulínica (RI) o síndrome X.

Es un conjunto de alteraciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.

La International Diabetes Federation (IDF) publica en 2007 criterios de SM para niños de 10 a 16 años (51). Exige siempre la presencia de obesidad abdominal (p mayor de 90 de perímetro de cintura) y además dos cualesquiera de los otros cuatro parámetros (52). Los umbrales de triglicéridos (150 mg/dl), HDL-colesterol (40 mg/dl) e hipertensión (130/85 mmHg) son como en adultos, salvo que no hay umbrales de HDL diferentes por sexos (53). Esta definición, por lo tanto, es más restrictiva y, cuando se aplica, la prevalencia de SM se reduce prácticamente a la mitad de la obtenida con la anterior no hay definición unificada en niños, pero las existentes han sido adaptadas teniendo en cuenta sus características biológicas y los cambios puberales (54).

- **Enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHG-NA):** es la enfermedad hepática crónica más prevalente en la población pediátrica. La incidencia general es de 9,6% pero asciende hasta el 38% en los niños obesos. La presencia de hígado graso en niños y adolescentes obesos con SM es variable, pero alcanza, de acuerdo con algunos reportes, el 95%. La predisposición genética y el medio ambiente contribuyen a una mayor susceptibilidad para su desarrollo, pero los mecanismos no han sido adecuadamente descritos hasta el momento (55).

2.10. Prevención

Debe comenzar durante el primer período de la vida y, por lo tanto, ser capaz de evitar riesgos, por lo que comienza con un historial médico detallado (básicamente un historial familiar). Además, promueva la lactancia materna, retrase la introducción de productos lácteos en la dieta infantil, promueva campañas de

educación sanitaria con información dietética en la infancia y la adolescencia, y finalmente promueva la actividad física (56).

Lo más importante es sensibilizar a la opinión pública y al personal sanitario que la obesidad puede llegar a ser imposible de curar, y la identificación precoz de los niños obesos y su correcto tratamiento puede al menos reducir la intensidad de este trastorno (55).

3. Análisis de antecedentes investigativos

3.1. A nivel local

Autor: Lozada Chilo.Carla M. (2014)

Título: Estilos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en Niños de 8 a 10 años de la I.E.P. santa magdalena Sofia. Arequipa ,2014

Resumen: Este estudio tiene como objetivo: 1. Identificar estilos de vida. 2. Determinar el porcentaje de sobrepeso y obesidad. 3. Indique cómo los estilos de vida están relacionados con el sobrepeso y la obesidad en niños y niñas de 8 a 10 años. La investigación está disponible en el área de salud pública y en el nivel transversal y relacional. Tecnología: encuesta, observación documental e instrumento: cuestionario y formulario de evaluación. Los instrumentos utilizados en 44 estudiantes de 8 a 10 años por ambos sexos en la institución educativa privada. Los datos fueron procesados e interpretados estadísticamente, un proceso que condujo a conclusiones. Primero: los estilos de vida encontraron los hábitos alimenticios más inadecuados, el 45.4% no realiza actividad física y están relacionados con la probabilidad de sobrepeso, obesidad. Segundo, los resultados muestran que de los niños estudiados, el 45.7% tiene sobrepeso, el 26.9% tiene sobrepeso y el 24% es normal. Tercero: el estilo de vida insuficiente está relacionado con la obesidad y la obesidad en los niños, este no es el único factor causal (57).

Autor: Centty Valdivia Jenniffer Caroline; Ortega Flores María Consuelo (2014)

Título: Estilos de vida relacionados con sobrepeso y obesidad en escolares de secundaria de la I.E. PNP 7 de Agosto. Arequipa – 2014

Resumen: En los últimos años, una importante OMS demográfica, socioeconómica y relacionada con la salud publicó en 2005 que había más de mil millones de

personas con sobrepeso en el mundo y que esa cifra aumentaría a 1.500 millones en 2015; Para 2008, sin embargo, esta cifra ya existía; Del mismo modo, en 2004, había más de 22 millones de niños menores de cinco años con sobrepeso, lo que aumentó esta cifra en unos 43 millones para 2010. (OMS - 2004, 2005, 2011) En América Latina, la obesidad y la obesidad están algo subestimadas, el aumento de Se destaca la obesidad en países en desarrollo como México, desde 1999 el 4% de la población mayor de 20 años padecía obesidad y aumentó al 30% en 2006. De manera similar, en Chile la prevalencia fue del 54% y en Perú del 24%. (Instituto Nacional de Salud Pública - 2006; OMS - 2009) (58).

3.2. A nivel nacional

Autor: Loayza Sánchez, Deysi, Muñoz Torre, Janet Artemia (2017)

Título: Estilos de vida y estado nutricional en los estudiantes de la Institución Educativa América Huancavelica-2017.

Resumen: Determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional de los estudiantes de primer y segundo grado A y B en la American Huancavelica Education Institution - 2017. El estudio fue de tipo básico correlacional retrospectivo; Diseño no experimental, correlacional. La población era de 90 estudiantes de la institución educativa de Estados Unidos; los instrumentos fueron un cuestionario de estilo de vida y un formulario de evaluación antropométrica. Se encontró una relación entre los estilos de vida y el estado nutricional (T / E, IMC) para los estudiantes de 1º y 2º grado, lo que resultó en un coeficiente de correlación Chi-cuadrado de Pearson de 70, 643, valor p 0.000 <0.05, un nivel de sentido. Conclusiones: De un total de 90 (100%) estudiantes, 53 (58.89%) exhiben un estilo de vida poco saludable, de los cuales 25 (27.78%) tenían un estado nutricional como sobrepeso y riesgo de sobrepeso, solo 3 (3.33%) mostraron Una condición nutricional normal. Mientras que 37 (41.11%) mostraron un estilo de vida saludable, de los cuales 1 (1.11%) resultó tener sobrepeso y en riesgo de sobrepeso y 35 (38.89%) eran normales (59).

Autor: Vilcapaza Vilavila, Violeta (2017)

Título: Estilos de vida en adolescentes de 4to y 5to de Educación Secundaria de la Institución Educativa José Reyes Luján, Azángaro – 2017

Resumen: El objetivo de este estudio fue describir el estilo de vida de adolescentes de cuarto y quinto grado desarrollado a través de una investigación descriptiva de naturaleza transitoria, con una población y una muestra de 100 adolescentes de 14 a 17 años, mujeres y hombres. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de investigación y el instrumento fue el cuestionario Perfil de estilo de vida (PEPS-I), compuesto por 48 preguntas. Se utilizó estadística descriptiva porcentual para el análisis de datos. En cuanto a los resultados, el 55% de los jóvenes muestran un estilo de vida moderadamente saludable en términos de nutrición, el 49% de los jóvenes eligen alimentos que no contienen ingredientes artificiales; En términos de ejercicio, el 53% de los jóvenes realizan ejercicios vigorosos. En 20 a 30 minutos, de acuerdo con la responsabilidad de salud, el 56% de los jóvenes informan cualquier molestia que tengan al médico. Para el manejo del estrés, el 56% de los jóvenes solicitan información de profesionales para cuidar su salud, en relación con el apoyo interpersonal. El 44% de los jóvenes mantienen una buena relación con sus amigos, familiares y vecinos cuando se trata de actualizaciones automáticas. El 49% de los jóvenes se sienten satisfechos y cómodos consigo mismos. Se concluyó que el estilo de vida juvenil durante el cuarto y quinto año de la escuela secundaria en la institución educativa José Reyes Luján es moderadamente saludable en todas sus dimensiones (60).

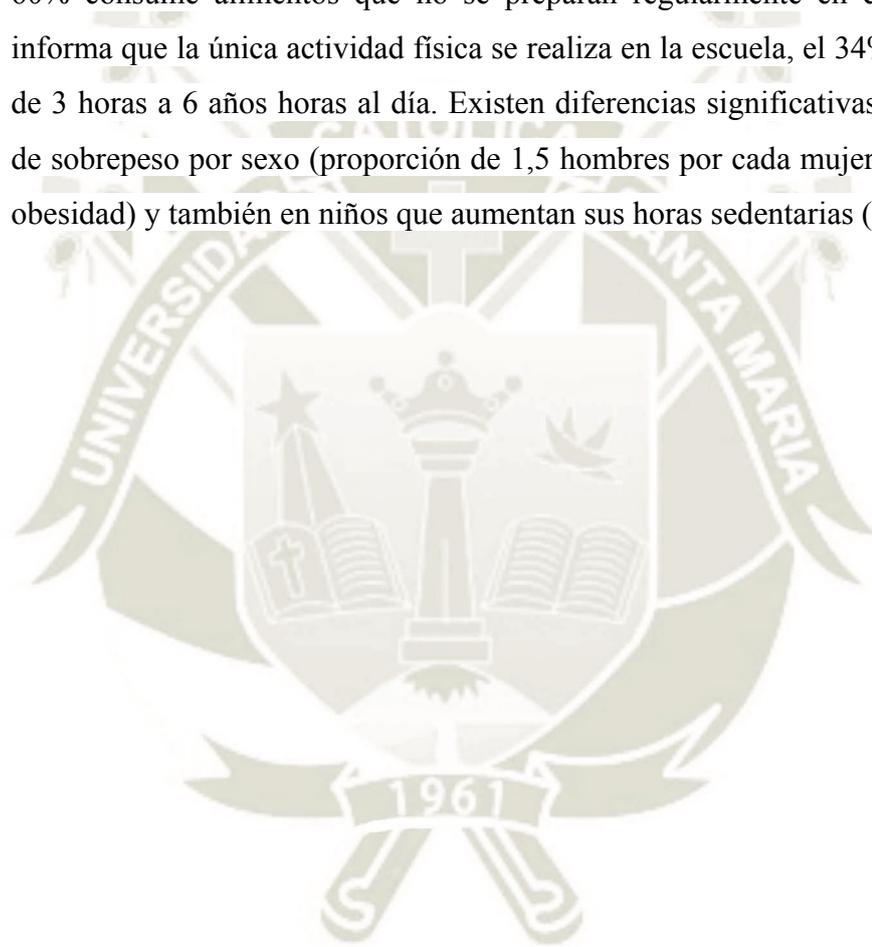
3.3. A nivel internacional

Autor: Mtra. Gandhi Ponce Gómez, Mtra. Sandra M. Sotomayor Sánchez, Mtra. Teresa Salazar Gómez, Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril (2010)

Título: Estilos de vida en escolares con sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de MÉXICO D.F.

Resumen: La nutrición es un factor determinante en la salud, el rendimiento físico y mental y la productividad, especialmente en la infancia, y constituye una población en riesgo, ya que representa un período crítico en humanos, caracterizado por factores físicos, psicomotores y psicológicos. Desarrollo Social. . México es el primer país de América Latina con una alta incidencia de obesidad en niños en edad escolar, según los criterios del International Obesity Group (IOTF), que informa una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 años. a los 11 años, alrededor del 26%, para ambos sexos. Objetivos: Identificar el estilo de vida de niños en edad escolar con sobrepeso y obesidad en una escuela pública en

DF. Metodología: Estudio descriptivo, correlacional y transversal, compuesto por toda la población escolar, compuesto por 503 estudiantes de 6 a 11 años. Para la detección de sobrepeso y obesidad, se realizaron mediciones de peso, talla e índice de masa corporal (IMC); Los estilos de vida se determinaron mediante la aplicación de un instrumento desarrollado por Ponce, Sotomayor, Bernal y Salazar (2007), que básicamente exploró tres áreas: dieta, actividad física, ejercicio y recreación. Resultados: el 14% de todos los niños tienen sobrepeso u obesidad (71 niños), el 60% consume alimentos que no se preparan regularmente en el hogar, el 99% informa que la única actividad física se realiza en la escuela, el 34% mira televisión de 3 horas a 6 años horas al día. Existen diferencias significativas en la incidencia de sobrepeso por sexo (proporción de 1,5 hombres por cada mujer con sobrepeso u obesidad) y también en niños que aumentan sus horas sedentarias (61).



Autor: Eddy et all (2012)

Título: Hábitos de estilo de vida en adolescentes con sobrepeso y obesidad (Estudio Obescat).

Resumen: Objetivo: evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre hábitos de estilo de vida para reducir el índice de masa corporal en adolescentes.

Pacientes y métodos: ensayo clínico de un año de seguimiento realizado en 48 centros de Atención Primaria de Cataluña. Participaron 174 adolescentes entre 10 y 14 años con sobrepeso u obesidad; 87 aleatorizados al grupo intervención y 87 al grupo control. La intervención fue de carácter educativo (hábitos alimentarios y de ejercicio físico) y se realizó en la visita inicial, y a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses de seguimiento. Variables de resultados: cambios en hábitos alimentarios y ejercicio físico, cambios en el índice de masa corporal (IMC) y en el perímetro abdominal.

Resultados: edad media 11,81 años (desviación estándar [DE]: 1,21) y 50% mujeres. Completaron el seguimiento 125 participantes (71,8%). Los Z-scores de IMC disminuyeron en ambos grupos ($p < 0,001$), de un valor medio inicial de 2,35 (DE: 0,46) a 2,06 (DE: 0,60). Los Z-scores de perímetro abdominal se redujeron en ambos grupos: en el grupo intervención de una media de 2,06 a 1,77, y en el grupo control de 2,06 a 1,82 ($p < 0,001$). La intervención educativa mejoró los hábitos alimentarios (aumento ingesta de fruta, disminución de dulces y de la ingesta de alimentos cuando se está aburrido). La actividad física disminuyó ($p = 0,002$).

Conclusiones: la intervención educativa fue efectiva para reducir el IMC y el perímetro abdominal en ambos grupos. Hubo mejoría en los hábitos alimentarios, pero no en la práctica de ejercicio (62).

4. Objetivos

4.1. General

Demostrar la relación entre la frecuencia de ingesta de comida rápida y el tipo de dieta en adolescentes preuniversitarios de la academia Villegas.

4.2. Específicos

Determinar la frecuencia de ingesta de comida rápida

Relacionar las características generales de los adolescentes

Evaluar las características nutricionales en adolescentes

5. Hipótesis

- Si existe relación entre la frecuencia de ingesta de comida rápida y el tipo de dieta en adolescentes preuniversitarios.
- No existe relación entre la frecuencia de ingesta de comida rápida y el tipo de dieta en adolescentes preuniversitarios.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumento

1.1. Técnica

En el presente estudio se evaluará factores de riesgo no modificables como la edad, sexo del sujeto de estudio, así como factores modificables como la obesidad y sobrepeso.

Además, se llevará a cabo una encuesta en las que se incluyen algunos factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad o sobrepeso en adolescentes como:

IMC

Porcentaje de grasa corporal

Frecuencia de uso de locales de comida rápida

Tipo de alimentación

1.2. Instrumento

Fichas de observación para cada paciente: género, edad, talla, peso, índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal, frecuencia de uso de locales de comida rápida.

Encuesta de opción múltiple para cada paciente: hábitos alimenticios (indicadores de hábitos de alimentación).

1.3. Materiales

Se utilizarán fichas en hojas de papel bond A4, lapiceros

Encuestas en hojas bond

Una computadora con uso del programa Excel para el procesamiento de datos

2. Métodos y técnicas de análisis estadístico

Los datos obtenidos mediante la encuesta serán tabulados y codificados para su análisis e interpretación.

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz será diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016)

Se empleará estadística descriptiva con descripción de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La comparación entre los adolescentes que frecuentan a la ingesta de comida rápida y los que no frecuenta se realizara con la prueba chi cuadrado.

Por último, se interpretarán los resultados hallados y se realizarán gráficos y tablas para su exposición

Población estimada: 100 adolescentes preuniversitarios

3. Campo de verificación

3.1. Ubicación espacial

El presente trabajo se realizará academia preuniversitaria Villegas

3.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrollará en el periodo comprendido entre enero y febrero del año 2020

3.3. Unidades de estudio

El presente estudio será realizado en academia preuniversitaria Villegas siguiendo los siguientes criterios:

➤ **Criterios de inclusión:**

Adolescentes entre 15 y 17 años

Participación voluntaria del presente trabajo

4. Estrategia de recolección de datos

4.1. Organización

4.1.1. Recursos

Para realizar el estudio se necesitará lo siguiente:

- Humanos: conformados por el investigador y asesor
- Materiales: fichas de recolección de datos, material de escritorio, computadora personal, programa estadístico, impresora
- Financieros: El estudio será financiado por el investigador

4.1.2. Validación de instrumento

La validación del instrumento es de acuerdo con fichas de observación y encuestas

4.1.3. Criterio para manejo de resultados

Fecha de inicio: Noviembre del 2019

Fecha probable de término: Marzo 2020



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernando, Á., Oliva, A., & Pertegal, M. Á. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*. 2013; 22(1): p. 15-23. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592013000100003.
2. Díaz M, Belén M, Torres A. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales de chía, Cundinamarca. *In Pediatría. Cundinamarca*; 2015. p. 5-20.
3. Pérez L, Raigada J, Collins A, Alza S, Felices A, Jiménez S. Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith. 254th ed. Huaraz, Ancash, Perú. *Acta Med Per.*; 2008.
4. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista Peru Med Exp Salud Pública*. 2012 Marzo; 29(357-360). Obtenido de: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2012.v29n3/357-360/>.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles Genova. OMS; 2011.
6. Gualteros J, Torres J, Umbarila L, Rodríguez F, Ramírez R. Una menor condición física aeróbica se asocia con alteraciones del estado de salud en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. *Endocrinología Nutr.* 2015 Junio; 62(9): p. 437-446. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092215001722>.
7. Macri, Elisa Vanesa; Guglielmotti, María Beatriz; Friedman, Silvia María. Comida chatarra: un patrón alimentario que atenta contra la salud. 54th ed. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires; 2012.
8. Organización Mundial de la Salud. Obesity and Overweight Genova. OMS; 2017. [Citado: 2020 06 06]. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Enfermedades No transmisibles y Transmisibles Lima. INEI; 2015. [Citado: 2020 06 06]. Obtenido de: [Enfermedades No transmisibles y Transmisibles](#).
10. Hernández Ojeda, R. A., & Riveras Morales, E. K. Causas y Consecuencias del Consumo Excesivo de la Comida Chatarra. (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua); 2016. [Citado: 2020 06 06]. Obtenido de: <https://repositorio.unan.edu.ni/3752/1/11047.pdf>.

11. Monje J, Figueroa CJ, Calderón. Estilos de vida de los adolescentes escolares en la provincia de Huaila. 24th ed. Huaila. Entornos; 2011. [Citado: 2020 06 06]. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798792>.
12. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Centros para el control y la prevención de enfermedades. [Online].; 2015 [cited 2020 Mayo 3. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/physicalactivity/index.html>.
13. Moreiras O, Cuadrado C. Hábitos alimentarios Barcelona. Tojo; 2001.
14. Ortiz A S, Vázquez V, Montes M. La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estud Soc*; 2005.
15. Serra L, Ribas L, Pérez C, García C, Peña L, Aranceta J. Determinants of nutrient intake among children and adolescents: Results from the En Kid Study. *Ann Nutri and Metab*. 2002 Mayo; 46(1): p. 31-38. Obtenido de: <https://www.karger.com/Article/Abstract/66398>.
16. Moreno J M, Galiano M J. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediátr Española*. 2006; 64(11): p. 554-8. Obtenido de: http://www.ponceleon.org/logopedia/images/stories/infantil/comida_en_familia.pdf.
17. García M, Pardío J, Arroyo P, Fernández V. Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estud Cult Contemp*. 2008; 14(27): p. 9-46. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/316/31602702.pdf>.
18. Restrepo S. L, Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de antropología*. 2005; 19(36): p. 127-148. Obtenido de: http://www.academia.edu/download/41442512/La_familia_y_su_papel_en_la_formacion_de_20160122-29081-b50f0w.pdf.
19. Sandoval S. A, Domínguez S, Cabrera A. De golosos y tragones están llenos los panteones: cultura y riesgo alimentario en Sonora. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*. 2010; 17: p. 150-79. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572009000300007.
20. Bolaños P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trast Condu Alime*. 2009; 9: p. 956-72. Obtenido de: http://www.tcsevilla.com/archivos/evolucion_de_los_habitos_alimentarios_de_la_sal

[ud a la enfermedad por medio de la alimentacion.pdf](#)

21. Sauri M. Publicidad televisiva, hábitos alimentarios y salud en adolescentes de la ciudad de Mérida, Yucatán, México Mérida, Yucatán. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional Unidad Mérida, México; 2003.
22. Herrero C. El horario infantil en la televisión: de la falta de imaginación a la irresponsabilidad de los mensajes publicitarios. *Trast Cond Aliment.* 2008; 7: p. 752, 66. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702609.pdf>.
23. De Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Rev Iberoamer Educ.* 2009; 49(7): p. 5. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3116567>.
24. Fernández V. Escuela y medios de comunicación: ¿Lógicas diferenciales en la transmisión de la cultura común y la construcción de la ciudadanía?. *Rev Iberoamer Educ.* 2007; 4(1): p. 10. Obtenido de: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2474>.
25. Escoto M. C, Mancilla J. M, Camacho E. J. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eat Weig Disor.* 2008; 13(3): p. 111-118. Obtenido de: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03327611>.
26. Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral.* 2011; 15(6): p. 507-518. Obtenido de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/669010>.
27. Cummings DE, Schwartz MW. Genetic and pathophysiology of human obesity. *Ann Rev Med.* 2003; 54(1): p. 453-71. Obtenido de: [javascript:void\(0\)](javascript:void(0)).
28. Bastarrachea R, Kent JW, Williams JT, Cai G, Cole SA. The genetic contribution to obesity. En: Bray GA, Ryan DH Bray GA RD, editor. Springer; 2006.
29. Cummings, D.E. y Schwartz, M.W. Genetics and pathophysiology of human obesity. *Annu*; 2003.
30. Bouchard, C. y Perusse, L. Genetics of obesity. *Annu Rev Nutr.* 1993; 13(1): p. 337-354. Obtenido de: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.nu.13.070193.002005>.
31. Cummings, D.E. y Schwartz, M.W. Genetics and pathophysiology of human obesity. *Annu Rev Med.* ; 54(1): p. 453-471. Obtenido de: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.med.54.101601.152403>.

32. Caro, J.F.; Sinha, M.K.; Kolaczynski, J.W.; Zhang, P.L. y Considine R.V. Leptin: The tale of an obesity gene. *Diabetes*. 1996; 45(11): p. 1455-1462. Obtenido de: <https://diabetes.diabetesjournals.org/content/diabetes/45/11/1455.full-text.pdf>.
33. Setton, Fernández. Nutrición en Pediatría. Bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos Buenos Aires. Panamericana; 2014.
34. Cornier MA, Després JP, Davis N, Grossniklaus DA, Klein S, Lamarche B, Lopez-Jimenez F, Rao G, St-Onge MP, Towfighi A, Poirier P. American Heart Association Obesity Committee of the Council on Nutrition; Physical Activity and Metabolism. 12419962019th ed. Scientific statement from the American Heart Association; 2011.
35. l'Allemand-Jander. Clinical diagnosis of metabolic and cardiovascular risks in overweight children: early development of chronic diseases in the obese child. *International Journal of Obesity*. 2010; 34(2): p. S32-S36. Obtenido de: <https://www.nature.com/articles/ijo2010237>.
36. Kelly AS, Barlow SE, Rao G, Inge TH, Hayman LL, Steinberger J, Urbina EM, Ewing LJ, Daniels SR. Severe Obesity in Children and Adolescents: Identification, Associated Health Risks, and Treatment Approache. *A Scientific Statement From the American Heart Association*. 2013; 128(15): p. 1689-1712. Obtenido de: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0b013e3182a5cfb3>.
37. Joan C Han, Debbie A Lawlor, Sue Y S Kimm. Childhood obesity. *Lancet*. 2010; 128(15): p. 1737-1748. Obtenido de: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0b013e3182a5cfb3>.
38. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33(11): p. 2477-2483. Obtenido de: <https://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477.abstract>.
39. Center for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Anthropometry Procedures Manual*. 2009. Obtenido de: http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_09_10/Lab.pdf.
40. Fernandez IR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr*. 2004; 145(4): p. 439-444. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347604005530>.

41. Steinbeck. Childhood obesity. Treatment options. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2005; 19(3): p. 455- 469. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521690X05000424>.
42. Bueno M, Sarria A. Tratado de Endocrinología. 11351147th ed. Madrid. Díaz de Santos; 1997.
43. Martos-Moreno GA, Argente J. Paediatric obesities: from childhood to adolescence. *In Anales de pediatria.* 2011; 75(1): p. 63-e1. Obtenido de: <https://europepmc.org/abstract/med/21602112>.
44. Reilly J, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity.* 2011; 35(7): p. 891-898. Obtenido de: <https://www.nature.com/articles/ijo2010222>.
45. Lafuente. Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria.* 2011; 14: p. 1490-504. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250628>.
46. Kaplowitz. Is There a Role for Metformin in the Treatment of Childhood Obesity? *Pediatrics.* 2017; 140(1): p. e20171205. Obtenido de: <https://pediatrics.aappublications.org/content/140/1/e20171205.abstract>.
47. Mead E, Atkinson G, Richter B, Metzendorf MI, Baur L, Finer N, et al. Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 11: p. CD012436. Obtenido de: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012436/abstract>.
48. Thakkar RK1, Michalsky MP. Update on bariatric surgery in adolescence. *Curr Opin Pediatr.* 2015; 27(3): p. 370-6. Obtenido de: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/mop/2015/00000027/00000003/art00018>.
49. Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC. Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *N Engl J Med.* 2010; 362: p. 485-493. Obtenido de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0904130>.
50. Alonso-Álvarez ML, Cordero-Guevara JA, Terán-Santos J, González-Martínez M, Jurado-Luque MJ, Corral-Peñañiel J4, Duran-Cantolla J, Kheirandish-Goza L, Gozal D. Obstructive sleep apnea in obese community-dwelling children: the NANOS study.

- Sleep*. 2014; 37: p. 943-949. Obtenido de: <https://academic.oup.com/sleep/article-abstract/37/5/943/2416925>.
51. National Cholesterol Education Program. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *JAMA*. 2001; 285: p. 2486-2497. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11368702>.
 52. Balkau B, Charles MA. Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabet Med*. 1999; 16: p. 442-443. Obtenido de: <https://ci.nii.ac.jp/naid/30014825114/>.
 53. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome a new worldwide definition. *Lancet*. 2005; 366: p. 1059-1062. Obtenido de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67402-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67402-8/fulltext).
 54. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane W, Taksali S, Yeckel C, Allen K, Melinda Lopes RN, Savoye M, Morrison J, Sherwin RS, Caprio S. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004; 350(23): p. 2362-2374. Obtenido de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa031049>.
 55. Schwimmer JB, Deutsch R, Rauch JB, Behling C, Newbury R, Lavine JE. Obesity, insulin resistance, and other clinicopathological correlates of pediatric nonalcoholic fatty liver disease. *J Pediatr*. 2003; 143(4): p. 500-505. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347603003251>.
 56. Williamson. The prevention of obesity. *N Engl J Med*. 1993; 34: p. 1140-1141. Obtenido de: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199910073411508>.
 57. Lozada Chillo. Estilos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad en niños de 8 a 10 años de la Santa Magdalena Sofía Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2014. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
 58. Centy J, Ortega M. Estilos de vida relacionados con sobrepeso y obesidad en las escuelas secundarias del IE PNP 7 de Agosto. Arequipa - 2014 Arequipa. Universidad nacional de San Agustín; 2017. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
 59. Loayza D, Muñoz J. Estilo de vida y estado nutricional en los estudiantes de la institución educativa América Huancavelica- 2017 Huancavelica. Universidad nacional

- de Huancavelica; 2018. [Tesis para optar el título profesional de medico cirujano].
60. Vilcapaza. Estilos de vida en adolescentes de 4to y 5to de Educación Secundaria de la Institución Educativa José Reyes Luján, Azángaro - 2017 Puno. Universidad nacional del Antiplano Puno; 2018. [Tesis para optar el título profesional de medico cirujano].
61. Ponce G, Sotomayor S, Salazar T, Bernal M. Estudios de la vida en las escuelas con sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de México DF enfermería universitaria 2010 Ciudad de Mexico.; 2010. [Tesis para optar el título profesional de medico cirujano].
62. Eddy, L., et al. Hábitos de estilo de vida en adolescentes con sobrepeso y obesidad (Estudio Obescat). *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2012; 14(54): p. 4. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300005.

