



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA

TESIS

**"RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL"**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

AUTORA:

Bach. Susán Mercedes VELIZ DELGADO

ASESORA:

Mg. María Elena CARRILLO VALVERDE

LIMA – PERÚ

2015

Se dedica este trabajo:

A Dios Todopoderoso, que es pastor y mi faro perenne; a mi familia, que me apoya en todo aspecto; a mi familia por elección, mis amores.

AGRADECIMIENTO

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a las siguientes personas:

A mi asesora Mg. Maria Elena Carrillo Valverde, quién propuso este interesante tema, espero que nuestros caminos vuelvan a cruzarse, ahora como colegas.

A las alumnas de la Institución Educativa “Pedro Planas” y a su directora, Gladys Flores que, pese al corto tiempo, me permitieron desarrollar la tesis en sus instalaciones y estuvieron dispuestas a participar.

A la profesora Karol Sosa, por ayudarme cuando la necesitaba, espero que cuente con mi ayuda cuando lo requiera.

A mis amigos y amigas que me ayudaron en el proceso, ya sea brindándome su apoyo con algunos materiales, métodos y datos para el desarrollo de esta tesis, o por su compañía y apoyo moral: Lic. César Quinte, Lic. Mery Capristan, Lic. Andrés Caceres, Claudia Rodriguez, Cecilia Espinoza, Cynthia Ramirez.

A mis compañeros y docentes de la Universidad Alas Peruanas, con quienes compartí 5 años, que consciente o inconscientemente me ayudaron a forjar mi carácter como profesional, a no darme por vencida y en mantener firme mis convicciones.

RESUMEN

Objetivo: Establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla. **Materiales y Métodos:** La investigación se realizó con método inductivo, técnicas de tipo descriptiva, correlacional y transversal, con diseño no experimental. Se realizó la investigación con una población de 85 mujeres adolescentes que estén cursando el tercero y cuarto de secundaria en la Institución Educativa Estatal “Pedro Planas Silva” de Ventanilla. Se emplearon los siguientes formatos: Formato de Escala de Autoestima de Rosenberg para obtener los niveles de autoestima, el Formato de hábitos alimentarios, y para el estado nutricional se obtuvo la talla para edad, IMC, porcentaje de grasa, índice cintura-cadera y se empleó el formato de Frecuencia de consumo de alimentos. **Resultados:** Se obtuvo como resultado que “la repetición de comidas” y “el consumo de comida rápida” tienen una relación significativa ($p < 0,05$) con el nivel de autoestima de los alumnos y que los niveles de autoestima guardan una relación significativa ($p < 0,05$) con los niveles de ICC de los alumnos del tercer y cuarto año de educación secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla. **Conclusiones:** En base a los resultados se concluyó que la autoestima guarda relación el aspecto físico de la persona, pues el índice de cintura-cadera es determinada por la figura que tiene la persona (cintura más delgada y cadera más ancha).

Palabras clave: Autoestima, estado nutricional, hábitos alimentarios, adolescentes

ABSTRACT

Objective: To establish whether there is a relationship between self-esteem with the dietary habits and nutritional status of adolescent students in third and fourth state secondary school Pedro Planas Silva of Ventanilla. **Materials and methods:** The research was carried out with inductive method, descriptive, correlational and cross-rate techniques and non-experimental design. Research is conducted with a population of 85 teenage girls that are attending the third and fourth at the State Secondary School "Pedro Planas Silva" from Ventanilla. Were used: Format Rosenberg Self-Esteem Scale for self-esteem levels, the format dietary habits. For the nutritional status, the following data were obtained by height for age, BMI, fat percentage, waist-hip ratio and the format of frequency of food consumption. **Results:** It resulted that "the repetition of food" and "eating fast food" have a significant relationship ($p < 0,05$) with self-esteem of students, and self-esteem levels are significantly related ($p < 0,05$) to levels of waist-hip index for students third and fourth year of secondary education in the state educational institution Pedro Planas Silva of Ventanilla. **Conclusions:** Based on the results it was concluded that self-esteem is related physical aspect of the person, as the waist-hip index is determined by the figure of the person (slimmer waist and wider hip).

Keywords: Self-esteem, nutritional status, food habits, adolescents.

INDICE

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE.....	VI
TABLA DE ILUSTRACIONES	X
INTRODUCCIÓN	XIII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	15
1. 2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3.- OBJETIVOS DE LA INVSTIGACIÓN.....	19
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	19
1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.4.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.4.1.- HIPÓTESIS GENERAL	20
1.4.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	21
1.5.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1.- ANTECEDENTES.....	23
2.2.- BASES TEÓRICAS.....	28
2.2.1.- ADOLESCENCIA	28
2.2.2.- NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA	29

2.2.3.- ESTADO NUTRICIONAL.....	30
A.- HISTORIA DIETÉTICA.-	31
B.- EXAMEN FÍSICO.-.....	35
C.- ANTROPOMETRÍA.-	36
D.- PARÁMETROS BIOQUÍMICOS.-	40
2.2.4.- HÁBITOS ALIMENTARIOS	41
2.2.5.- AUTOESTIMA	43
A.- COMPONENTES DEL AUTOESTIMA.-	44
B.- NIVELES DEL AUTOESTIMA.-	47
C.- ESCALA DE ROSENBERG.-	49
2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN	52
3.1.1.- MÉTODO.....	52
3.1.2.- TÉCNICA.....	52
3.1.3.- DISEÑO.....	53
3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.2.1.- POBLACIÓN.....	53
A.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	53
B.- UBICACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO DE LA POBLACIÓN	54
3.2.2.- MUESTRA.....	54
3.3.- VARIABLES E INDICADORES.....	55
3.3.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE	55
3.3.2.- VARIABLES DEPENDIENTES.....	56
3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57

3.4.1.- TÉCNICAS	57
3.4.2.- INSTRUMENTOS	65
CAPÍTULO IV: REPRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTER. DE RESULTADOS	66
4.1.- ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	66
4.1.1.- AUTOESTIMA	66
4.1.2.- HÁBITOS ALIMENTARIOS	68
4.1.2.1.- OMISIÓN DE LOS TIEMPOS.....	69
4.1.2.2.- COMPAÑÍA DURANTE LAS COMIDAS PRINCIPALES.....	69
4.1.2.3.- LUGAR DE CONSUMO DE LAS COMIDAS PRINCIPALES	70
4.1.2.4.- VELOCIDAD DE INGESTA.....	70
4.1.2.5.- REPETICIÓN DE COMIDAS.....	71
4.1.2.6.- FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE SIESTA.....	71
4.1.2.7.- FRECUENCIAS DE TIEMPO POSTERIOR A LA CENA QUE SE DEJA ANTES DE ACOSTARSE	72
4.1.2.8.- FRECUENCIAS DE VER TELEVISIÓN DURANTE LOS TIEMPOS DE COMIDA.....	72
4.1.2.9.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA	73
4.1.2.10.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE COMIDA CHATARRA	73
4.1.2.11.- FRECUENCIAS DE AGREGAR SAL A LAS COMIDAS	74
4.1.3.- ESTADO NUTRICIONAL.....	74
4.1.3.1.- FRECUENCIAS DE TALLA/EDAD.....	76
4.1.3.2 FRECUENCIAS DE PORCENTAJE DE GRASA	76
4.1.3.3.- FRECUENCIAS DE IMC	77
4.1.3.4.- FRECUENCIAS DE ICC	77
4.1.3.5.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE LÁCTEOS	78

4.1.3.6.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE CARNES MAGRAS.....	79
4.1.3.7.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE CARNES ROJAS	79
4.1.3.8.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE MENESTRAS.....	80
4.1.3.9.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE GRASA VEGETAL	81
4.1.3.10.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE AZÚCARES.....	81
4.1.3.11.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE FRUTAS.....	82
4.1.3.12.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE VERDURAS	82
4.2.- ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	83
4.2.1.- AUTOESTIMA VS HáBITOS ALIMENTARIOS	83
4.2.2.- AUTOESTIMA VS ESTADO NUTRICIONAL.....	85
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	104

TABLA DE ILUSTRACIONES

FIGURA N° 01: Cambios que se producen en la adolescencia y juventud y que pueden tener repercusión nutricional	30
GRÁFICO N° 01: Frecuencias De Los Niveles De Autoestima En Los Alumnos Del Tercer Y Cuarto Año De Secundaria De La IEE Pedro Planas Silva De Ventanilla .	67
TABLA N° 01: Tabla de categorización del índice de Masa Corporal	38
TABLA N° 02: Tabla de Frecuencia de los niveles de Autoestima en las alumnas de tercero a cuarto año de secundaria de la I.E.E. Pedro Planas Silva de Ventanilla ..	66
TABLA N° 03: Indicadores y categorización de la variable “Hábitos Alimentarios” .	68
TABLA N° 04: Tabla de frecuencias de omisión de los tiempos de comida de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	69
TABLA N° 05: Tabla de frecuencias de compañía durante las comidas principales de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	69
TABLA N° 06: Tabla de frecuencias de lugar de consumo de las comidas principales de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	70
TABLA N° 07: Tabla de frecuencias de velocidad de ingesta de alimentos de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	70

TABLA N° 08: Tabla de frecuencias de repetición de comidas de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ..	71
TABLA N° 09: Tabla de frecuencias de realización de siestas de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ..	71
TABLA N° 10: Tabla de frecuencias de tiempo posterior a la cena que se deja antes de acostarse de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.....	72
TABLA N° 11: Tabla de frecuencias de veces que las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ven televisión durante los tiempos de comida.....	72
TABLA N° 12: Tabla de frecuencias de consumo de comida rápida alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	73
TABLA N° 13: Tabla de frecuencias de consumo de comida chatarra alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ..	73
TABLA N° 14: Tabla de frecuencias de consumo extra de sal en las comidas de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	74
TABLA N° 15: Indicadores y categorización de la variable “Estado Nutricional – Antropometría”	74
TABLA N° 16: Indicadores y categorización de la variable “Estado Nutricional – Anamnesis Alimentaria”	75
TABLA N° 17: Tabla de frecuencias de talla/edad de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	76
TABLA N° 18: Tabla de frecuencias de porcentaje de grasa de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	76

TABLA N° 19: Tabla de frecuencias de IMC de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	77
TABLA N° 20: Tabla de frecuencias de ICC de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	77
TABLA N° 21: Tabla de frecuencias de consumo de lácteos de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	78
TABLA N° 22: Tabla de frecuencias de consumo de carnes magras de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ..	79
TABLA N° 23: Tabla de frecuencias de consumo de carnes rojas de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ..	79
TABLA N° 24: Tabla de frecuencias de consumo de menestras de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	80
TABLA N° 25: Tabla de frecuencias de consumo de grasa vegetal de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla ..	81
TABLA N° 26: Tabla de frecuencias de consumo de azúcares de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	81
TABLA N° 27: Tabla de frecuencias de consumo de frutas de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	82
TABLA N° 28: Tabla de frecuencias de consumo de verduras de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla	82
TABLA N° 29: Correlación entre Autoestima y Hábitos Alimentarios	84
TABLA N° 30: Correlación entre Autoestima y Antropometría	85
TABLA N°31: Correlación entre Autoestima y Anamnesis Alimentaria	86

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación trata de indagar la manera en que el autoestima de las adolescentes se relaciona con sus hábitos alimentarios y su estado nutricional; ya que como se plasma en la realidad problemática existen muchas investigaciones acerca de este tema que hablan de cómo la percepción de cada persona influye o determina su alimentación y por ende su salud.

Es por esa razón que se plantea como objetivo general establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla y como objetivos específicos: a) conocer el nivel de autoestima de las estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla; b) examinar los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla; c) determinar el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla; d) establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima y los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla; e) precisar si existe una relación entre el nivel de autoestima y el nivel de autoestima y la anamnesis alimentaria de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla; y f) indicar si existe una relación entre el nivel de autoestima y el aspecto antropométrico

de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.

La metodología a utilizar en este proyecto será el inductivo ya que se desarrollará en un grupo reducido para obtener un resultado que podría determinar la realidad de personas con la misma característica. La técnica a emplear será el descriptivo correlacional transversal y se aplicará el diseño no experimental.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad, según la OMS, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana (1).

La desnutrición, por una parte, compromete a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles; mientras que por otro lado, las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables.

Según el Ministerio de Salud, el estado nutricional es la situación de salud de la persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida (2).

Por lo tanto los hábitos alimentarios que tenga cada persona van a repercutir en su estado nutricional. La Real Academia Española (RAE por sus siglas) define hábito como: “Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”. Por consiguiente, se puede decir que los hábitos alimentarios son

actos repetitivos adquiridos por costumbres, tendencias, ideologías, cultura, religión, nivel socioeconómico, etc. (3)

Según Cabezuelo y Frontera, “Los hábitos no son innatos y se van formando a lo largo de la vida. La característica de los hábitos alimentarios es que la mayoría de ellos se adquieren durante la infancia, durante los primeros años de la vida, consolidándose después durante la adolescencia.” También nos indican que hay diversos factores que pueden influir en la elección de alimentos como: el factor socioeconómico, factor geográfico, estilo de vida, pero sobretodo hacen mucho énfasis en que “el factor que más influye en la adquisición de los hábitos alimentarios del niño es el medio familiar” (4).

Requejo y Ortega indican que: “Durante la adolescencia se produce un importante paso en materia de alimentación. De depender de los padres, en la elección y planificación de la dieta, pasa a tomar decisiones propias; en ocasiones, la rebeldía y el deseo de autoafirmación pueden llevar a seguir dietas incorrectas. Sin embargo, esta etapa de intenso crecimiento necesita un aporte elevado de nutrientes, los desequilibrios pueden tener impacto importante en la salud futura” (5).

Los requerimientos nutricionales aumentan en el adolescente, sin embargo, los cambios físicos y psicológicos que sufre en esta etapa, pueden alterar sus hábitos, provocando una malnutrición. Según Shadle, dentro de las causas de aumento de peso (malnutrición por exceso) se incluyen la genética, el estado emocional y el estilo de vida, que se refiere a los hábitos tanto de alimentación como de actividad física. Acompañando al cambiante estado emocional del

adolescente, se encuentra el desarrollo de la autoestima; se considera entonces, que la autoestima es el sentimiento valorativo del ser que le da a la persona la confianza (6).

A su vez, Beato y Rodriguez proponen que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la autoestima en pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso (7).

Ambos indican que es importante considerar la autoestima, no sólo para regular los hábitos alimentarios, sino también para prevenir cualquier tipo de malnutrición.

Según Rodriguez, que realizó un estudio en niños: “El grupo de clase baja puntuó menos en estado de ánimo positivo, en autovaloración positiva, en energía-interés y en autoinculpción, demostrando que estos niños se perciben más deprimidos que los de clase media”. Indicando así que los niveles de pobreza afectan directamente la autoestima de las personas (8).

Asimismo, en la investigación de Tarazona se indica que: “los resultados obtenidos muestran que, respecto a la autoestima, las mujeres de escuela pública tuvieron el menor nivel, los varones de colegio privado, el mayor nivel, finalmente los varones de escuela pública y las mujeres de escuela privada tuvieron un similar nivel intermedio”. Por lo que se podría deducir que las

mujeres que estudian en instituciones estatales son más propensas a tener una baja autoestima (9).

Por su parte Garrido-Lecca, llega a la conclusión de que existe una diferencia significativa en la autoestima de adolescentes con bajo rendimiento como resultado de sus déficits afectivos, en comparación con los de alto rendimiento (10).

Tomando como referencia todas estas investigaciones, se puede determinar que los adolescentes con menos autoestima son: mujeres que se encuentran en un nivel socioeconómico bajo, y que tengan un rendimiento académico bajo.

Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) al año 2012, el Perú contaba con 27,2% de familias con un nivel socioeconómico D (pobreza) y 38,4% de familias en un nivel socioeconómico E (el cual indica extrema pobreza). (11)

La encuesta demográfica de salud familiar (ENDES) del mismo año (2012) determinó que el 17,2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad padeció de algún tipo de anemia. También como referencia de estado nutricional utilizaron la talla, que indicó que 152.9 cm es la estatura promedio en mujeres de 15 a 19 años. Con respecto al peso, el 1% de dicha población presentó una delgadez de moderada a severa, 18,8% presentó sobrepeso, y el 4% presentó obesidad. Dejando en evidencia que aún hay un gran porcentaje de mujeres adolescentes (en edad fértil) que no tienen un óptimo estado nutricional. (12)

Entonces, se puede ver que en Perú hay una gran población de mujeres que practican malos hábitos alimentarios, lo que se ve reflejado en el mal estado nutricional que poseen. Esta realidad puede ser causada por un bajo nivel de autoestima que podría ser prevenido o controlado con intervenciones tempranas.

1. 2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En base a lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:
¿Existe relación entre la autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVSTIGACIÓN

1.3.1.-Objetivo General

- Establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Planas Silva de Ventanilla.

1.3.2.-Objetivos Específicos

- Conocer el nivel de autoestima de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.

- Conocer los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Determinar el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima y los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Precisar si existe una relación entre el nivel de autoestima y el nivel de autoestima y la anamnesis alimentaria de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Indicar si existe una relación entre el nivel de autoestima y el aspecto antropométrico de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.

1.4.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1.- Hipótesis General

- Existe relación entre el nivel de autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional en las estudiantes adolescentes de

tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.

1.4.2.- Hipótesis Específicas

- Existe una predominancia del nivel bajo de autoestima de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Existen inadecuados hábitos alimentarios en las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Existen deficiencias en el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y la anamnesis alimentaria de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.
- Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el aspecto antropométrico de las estudiantes adolescentes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.

1.5.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista teórico, esta investigación genera reflexión sobre cómo la autoestima puede provocar un problema de salud, y que por lo tanto es necesario que desde la niñez se oriente la formación adecuada de la autoestima, mediante el diálogo no solo familiar sino la inclusión dentro de la comunidad, y el respeto entre todos.

Desde el punto de vista metodológico, el presente estudio cubre la necesidad de propiciar en las alumnas cambios en sus hábitos alimentarios a raíz de la identificación de los mismos aplicando los instrumentos adecuados para el diagnóstico.

Desde el punto de vista profesional o práctico se puede decir que el conjunto de nutricionista y psicólogo beneficiaría al paciente para lograr un estado nutricional óptimo, y al mismo tiempo se ayudaría a disminuir las ansiedades u otros factores que puedan influenciar en una mala alimentación, tanto por exceso como por defecto.

En cuanto a su alcance, esta investigación es importante ya que abrirá nuevos caminos para estudios sustantivos que presenten situaciones similares a las que se plantea, sirviendo como marco referencial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES

La investigación de Arturo Aguilar, Pedro Javier Puig, Luis A Luna, Pedro Sánchez, Roberto Rodríguez, Leoncio M Rodríguez (2002), “La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia” tuvo como objetivo estudiar si el índice de masa corporal (IMC) tiene alguna relación con la autoestima al culminar la etapa de la adolescencia. Para ello evaluó a 41 estudiantes que recién ingresaban a la universidad 2 veces en intervalo de un año, el IMC ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla}^2 \text{ en m}$) y la autoestima. Los resultados arrojaron que al ingreso, en 26 (63.4%) la autoestima fue muy alta y en 15 (36.6%) fue alta, sin cambio significativo un año después. Lo mismo aconteció con el IMC: al ingreso el promedio fue de $24.1 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$ y después fue de $24.3 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$; 21% eran obesos. En ambas variables, no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo ni edad (< 19 años vs > 19), excepto en la edad en la evaluación de la autoestima en la primera medición. Hubo cierta tendencia negativa entre las dos variables en estudio: a mayor IMC parece disminuir la autoestima. Por lo tanto, la investigación concluye en que no existe relación entre el IMC y la autoestima, aunque esta última parece disminuir al aumentar el IMC. (13)

El estudio de Miriam Moreno Gonzalez, Godeleva Ortiz Viveros, “Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en

Adolescentes” (2009) observó la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Encontraron riesgo de trastorno alimentario (8%) y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Afirman que los casos se incrementan con la edad. (14)

En una investigación peruana, realizada por Daysi Coras Bendezú y María Arcaya Moncada “Nivel de autoestima y su relación con el estado nutricional de escolares de 10-12 años de instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima”, (2012), buscó determinar la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10 a 12 años de edad, de instituciones educativas públicas, del distrito de San Juan de Lurigancho. Para ello emplearon una muestra de 465 escolares de educación primaria, de 12 instituciones educativas determinada mediante muestreo aleatorio simple, evaluando la autoestima a través de un Test de Autoestima aplicado a escolares, y para valorar el estado nutricional se aplicó la Gráfica de Crecimiento Corporal 2000: IMC/Edad. En el análisis se utilizó la prueba Chi cuadrado con una significancia de 95%. Llegó a la conclusión que más de la cuarta parte de escolares presentó baja autoestima. El sobrepeso y la obesidad

superaron significativamente a la desnutrición. El nivel de autoestima estuvo relacionado con el estado nutricional en escolares, el cual debe ser considerado como un factor importante entre los niños con sobrepeso y obesidad. (15)

Otra investigación peruana es la de Nathalie Fiorella Tovar Urbina “Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo-Independencia” (2009) que tuvo como objetivo determinar el nivel de autoestima y determinar las prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de dicha Institución tomándose como muestra a 183 alumnos del 3er, 4to y 5to año de educación secundaria, para ello se utilizó la entrevista y como instrumentos se utilizaron formularios tipo cuestionarios los cuales permitieron obtener información acerca del nivel de autoestima y las prácticas de conductas saludables. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio, en cuanto a las dimensiones de autoestima la mayoría de ellos presentan nivel medio de autoestima en los componentes General, Escolar y Hogar, lo que se caracteriza por sentimientos de seguridad y capacidad en sí mismos, poseer buena capacidad para aprender y presentar buenas relaciones con la familia con sentimiento de aceptación por cada miembro de ella, pero a su vez la mayoría presenta nivel de autoestima bajo en el componente Social lo que se caracteriza por sentimientos de inaceptación e incomprensión hacia las personas de su alrededor; el número de adolescentes que no presentan conductas saludables como alto consumo de

comida chatarra y consumo indebido de alcohol, podría incrementarse y con ello aumentar la predisposición al deterioro continuo de su estado de salud.

(16)

El artículo científico de Doris Pastore, Martin Fisher y Stanford Friedman “abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlation with self-esteem and anxiety” (1996), buscó determinar la prevalencia de anomalías en el peso, actitudes y comportamiento alimentario en sobre una población adolescente urbana. La investigación se realizó con una muestra de 1001 estudiantes, de los cuáles 66% era población morena, 23% hispanos, teniendo en cuenta también que 45% eran varones y 55% mujeres. Se emplearon el Test de actitud alimentaria, La escala de Rosenberg, el Inventario de Rasgo de Ansiedad Spielberger y un cuestionario de conducta alimentaria. Llegando a la conclusión de que la autoestima y la ansiedad en estudiantes obesos no difiere de los estudiantes con normopeso. (17)

En la investigación norteamericana elaborada por Mauno Mäkinen, Leena Puuko, Nina Lindberg, Martti Siimes y Veikko Aalberg llamada “ Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits” (2012), se buscó examinar la relación de insatisfacción corporal con la masa corporal, así como la autoestima y hábitos alimentarios en niños y niñas que se encuentran en la transición de la adolescencia temprana a media. Para realizar la investigación las enfermeras de la escuela pesaron y tallaron a 659 niñas y 711 niños con un

promedio de edad de 14.5 años. Se emplearon la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Bus-escala de Insatisfacción Corporal del Inventario de Desórdenes Alimentarios como escalas de autoapreciación. La información alimentaria fue realizada por los investigadores. Con esta investigación se concluyó en que la masa corporal, la autoestima y hábitos alimentarios tenían una relación significativa con la insatisfacción corporal en la fase transitoria de adolescencia temprana a media en niños y niñas, pero también se encontraron diferencias significativas entre los géneros. (18)

En un artículo realizado por María Michou y Vassiliki Costarelli llamado “Disordered Eating Attitudes in Relation to Anxiety Levels, Self-esteem and Body Image in Female Basketball Players” (2011) se buscó explorar las posibles diferencias en desorden alimentario, componentes de la imagen corporal, autoestima y niveles de ansiedad en la muestra. Analizando a 154 jóvenes (atletas y no atletas), quienes completaron los cuestionarios de Relaciones multidimensionales con el propio cuerpo, la escala de Autoestima de Rosenberg, el test de actitudes alimentarias, el inventario de estado-rasgo de ansiedad; se concluyó que no hay resultados significativos entre las mujeres deportistas y no deportistas puesto que ambos grupos presentaron un porcentaje parejo de mujeres con desórdenes alimentarios. (19)

El artículo científico de Pamela Martyn-Nemeth, Sue Penckofer, Meg Gulanick, Barbara Velsor-Friedrich and Fred Bryant “The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents” tuvo como objetivo examinar la relación de la autoestima, el estrés, apoyo

social y afrontamiento; y probar un modelo de sus efectos en la conducta alimentaria y depresión. Se llegó a la conclusión que hay relación entre el estrés y baja autoestima con el afrontamiento evasivo y la depresión, y que la baja autoestima y el afrontamiento evasivo estaban relacionados con la conducta alimentaria no saludable. (20)

2.2.- BASES TEÓRICAS

2.2.1.- ADOLESCENCIA

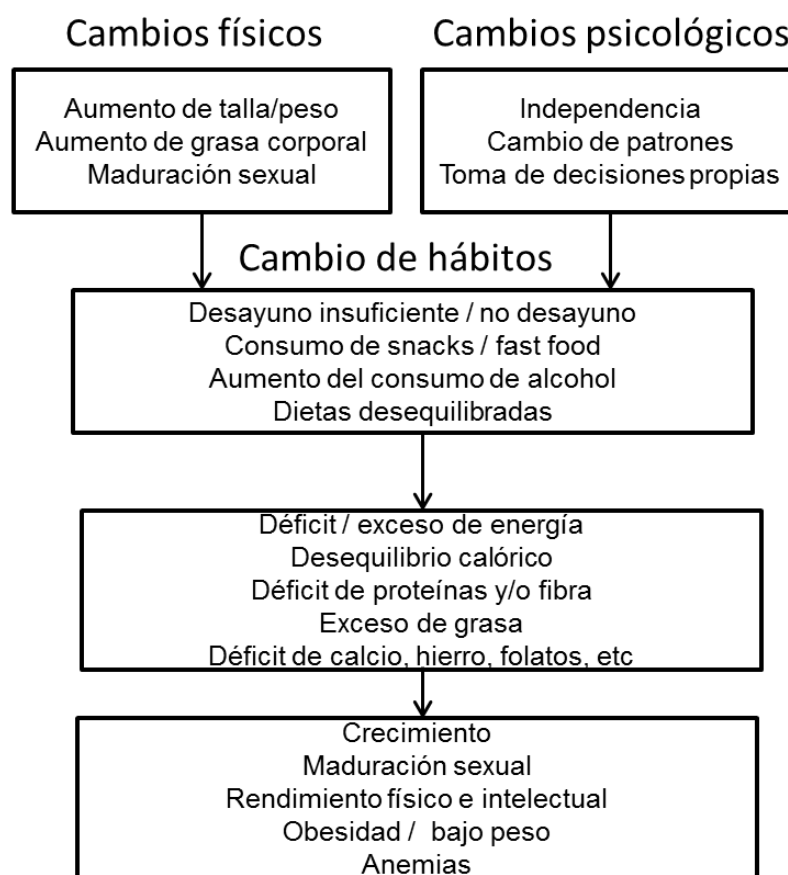
La adolescencia es un período difícil de establecer. Para algunos autores como Requejo y Ortega, la adolescencia abarca desde los 10 hasta los 18 años. (5)

La OMS, define a la adolescencia como “Una etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto físico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas: femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo”. (1)

2.2.2.- NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia se producen muchos cambios tanto físicos, biológicos, como psicológicos. Por ejemplo, en esta etapa se logra el segundo gran “estirón” de las personas, creando una mayor demanda de energía y nutrientes. También, en las mujeres, empieza la menarquia, por lo que el aumento de ciertos nutrientes es fundamental, como el hierro y el calcio. Las necesidades totales de nutrientes son mayores durante la adolescencia en comparación con otra etapa de vida. Para alcanzar el mayor potencial físico es necesario contar con una nutrición óptima. También es importante mejorar los hábitos alimentarios en esta etapa para prevenir las enfermedades crónicas a futuro (21). En la figura N° 1, Requejo y Ortega esquematizan algunos cambios que experimentan los adolescentes, que podría tener una repercusión en el estado nutricional. Lo que nos indica el cuadro, es que el adolescente pasa por un cambio tanto físico (como aumento de talla o peso) como psicológico (cambios de patrones, toma de decisiones), que pueden conllevar a un cambio de hábitos, entre ellos cambiar el tipo de alimentos que ingieren, o la frecuencia de estos, pudiendo generar un déficit o exceso de energía, entre muchas cosas. (22)

FIGURA N° 01: Cambios que se producen en la adolescencia y juventud y que pueden tener repercusión nutricional



FUENTE: Adaptación de López Sobaler AM, Varela MP (2000). Nutrición del adolescente y del joven. Nutriguía. Manual de Nutrición Clínica en Atención Primaria. Requejo AM y Ortega RM.

2.2.3.- ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es definido como el grado de adecuación de las características anatómicas, bioquímicas y fisiológicas del individuo, con respecto a ciertos parámetros considerados como normales que se relacionan con el consumo, utilización y excreción de nutrientes.

(23)

La valoración del estado nutricional es el primer paso del tratamiento nutricional; su principal objetivo es identificar no sólo a aquellos pacientes que presentan malnutrición, sino también aquellos que corren el riesgo de desarrollarla. Debería por tanto, formar parte de la evaluación clínica de todos los pacientes. Además de valorar los requerimientos nutricionales, predice la posibilidad de presentar complicaciones atribuibles a la alteración del estado nutricional, y permite evaluar la eficacia de una determinada terapia nutricional. (24)

Si bien no existe ningún índice o determinación del estado nutricional aceptado universalmente, sí es cierto que varios indicadores han probado su utilidad para evaluar la presencia de desnutrición en determinados casos. No hay uniformidad de criterios, tampoco, respecto a qué parámetros son los más útiles para valorar a nivel individual el estado nutricional de un paciente determinado. Por ello es aconsejable utilizar más de un marcador nutricional y elegirlos en función de la situación de cada paciente en particular. La valoración se basa en la historia clínica y dietética, el examen físico, las medidas antropométricas y las determinaciones bioquímicas. (24)

A.- HISTORIA DIETÉTICA.-

La historia dietética permite conocer la ingesta de alimentos y la transformación en nutrientes a través de las tablas de composición de alimentos y detectar, mediante la comparación con las recomendaciones y grupos de alimentos, los trastornos

cuantitativos y cualitativos que pudieran existir. En todo caso, siempre habrá que complementar el estudio nutricional, bien para confirmar la sospecha o para investigar otras causas no detectadas (25). Son varios los métodos aconsejados. En el caso de desconfiar del resultado conseguido con un solo método, es aconsejable utilizar dos o más con el objeto de obtener seguridad:

- **Recuerdo De 24 Horas.** Consiste en pedir al paciente que recuerde y describa todas las comidas y bebidas ingeridas el día anterior a la entrevista. Es preferible utilizar la información media de tres recordatorios para interpretar con cierta fiabilidad la ingesta habitual. Es un método fácil, no modificable y no influenciado por el nivel cultural del entrevistado; pero con el inconveniente de que no quiera cooperar, no recuerde con exactitud lo que ha comido, no sepa precisar el tamaño de las porciones, o la ingesta del día anterior sea excepcional por alguna circunstancia. (25)

Habitualmente el paciente encuestado no conoce los gramajes de los alimentos consumidos, por eso debemos interrogarle con referencias como unidades convencionales (1 rebanada de pan: 20 gr, 1 yogur: 125 ml, 1 copa de vino: 80-150 ml), como medidas caseras (cuchara sopera: 10 ml, vaso de agua: 200 ml) o como porciones o raciones medias de ingesta habitual para un individuo medio (ración de legumbres: 80-90 g; arroz con guiso: 90-100 g). La variabilidad puede ser muy grande en estas medidas caseras según las fuentes consultadas. (24)

El recordatorio presenta la ventaja de no alterar los hábitos al ser retrospectivo, ser algo más corto en su realización, no precisa alfabetización o presentar una aceptable precisión dependiendo del número de días encuestados. Entre sus limitaciones podemos destacar la marcada dependencia de la memoria y la direccionalidad que puede ocurrir por parte de las preguntas del encuestador lo cual induce un mayor error en la estimación nutricional. El principal problema práctico para extraer conclusiones es que en un registro de solo 24 horas no se recoge la variabilidad intraindividuo, que solo puede reducirse aumentando el número de días de recordatorio. (24)

- **Autorregistro De Alimentos Por Pesada.** El paciente registra el peso en crudo de cada uno de los alimentos consumidos a lo largo del día durante un período de tiempo que suele oscilar entre 3 y 7 días. Sin embargo, aun siendo uno de los métodos más precisos, tiene algunos inconvenientes que es necesario conocer. El principal es que el paciente quiera colaborar y, además, esté capacitado para poder hacerlo. Otro de los inconvenientes es la tendencia habitual a modificar la ingesta de alimentos por el hecho de tener que registrar lo que come. (25)

- **Observación De La Ingesta De Alimentos Por Otros Miembros De La Familia.** Este método sirve para complementar los dos anteriores, o en su defecto dar una idea de los hábitos y costumbres del paciente. Es muy difícil observar la ingesta de una

persona durante 24 horas seguidas, por lo que recogida individualmente no tiene gran validez. (25)

- **Cuestionario De Frecuencia De Consumo Alimentario (EF)**. Debido a las dificultades para evaluar en consumo habitual de nutrientes a través de los métodos de registro o recordatorio, surgieron las EF. Estas tienen como objetivo conocer, a partir de un listado de alimento o grupo de alimentos en el período de tiempo que se especifica. El cuestionario de frecuencia se estructura en 3 partes bien diferenciadas: una lista de alimentos, una sección en donde se sistematizan las frecuencias de consumo en unidades de tiempo, y una ración/porción estándar (o raciones alternativas) de frecuencia para cada alimento.

La lista de alimentos debe ser clara y concisa, estructurada en grupos de alimentos, que no incluyan aquellos alimentos de consumo muy infrecuente; y por tanto las costumbres y alimentos tradicionales lógicamente deben ser tenidos muy en cuenta a la hora de seleccionar los alimentos de la lista.

Existe múltiples escalas para la recogida de la frecuencia propiamente dicha, de carácter cualitativo (nunca /raramente /ocasionalmente /habitualmente /casi siempre /siempre) o de respuestas múltiples y cerradas (nunca o <1 vez/mes, 1 vez/mes,..... a >6 veces día) (24)

Para estimar la ración habitual, puede hacerse de forma cualitativa (no se hace referencia a cantidad ni tamaño de ración), semicuantitativa (a cada alimento del cuestionario se le asigna

una ración o porción estándar o de referencia) o cuantitativa (medidas caseras, modelos de alimentos tridimensionales o fotográficos). (24)

Es un método barato y su carácter estructurado facilita la codificación y el posterior tratamiento informático de los datos. El inconveniente fundamental es que su elaboración puede ser compleja y siempre necesita ser validada. Está limitada por la capacidad de memoria y síntesis de la persona encuestada. De ahí que la fase de diseño y validación de la encuesta de frecuencia sea el factor fundamental en su éxito. (24)

B.- EXAMEN FÍSICO.-

Según Herrero, en su libro Valoración del estado nutricional en Atención Primaria, "En la exploración física hay que descartar lesiones en piel y mucosas que nos permitan sospechar defectos o excesos de vitaminas u otros nutrientes. En nuestro medio es muy difícil observar signos clínicos por deficiencias nutricionales, salvo en algunas situaciones como las descritas con anterioridad en la historia clínica y socioeconómica. Asimismo, en la valoración clínica interviene la subjetividad y experiencia del observador, sin olvidar que hay signos que pueden aparecer por causas no nutricionales. Permítanme un ejemplo: si vemos unas encías sangrantes con petequias y equimosis, y además detectamos en la encuesta dietética que el paciente no ingiere fruta y verdura o lo hace en pequeña cantidad, probablemente estemos ante la

presencia de un escorbuto, es decir, carencia de vitamina C. Lo más aconsejable, en esta situación, sería su confirmación desde el punto de vista bioquímico. Pero lo que no haremos nunca es por ver unas encías sangrantes diagnosticar de entrada el escorbuto, porque puede ser debido a otros motivos que guarden relación con la patología bucodental. En el caso que nos ocupa, la historia dietética nos indica, casi con seguridad, una carencia de vitamina C, por lo que podríamos ensayar su administración por vía oral.”

(25)

En la valoración de los estados carenciales en ocasiones hay que ser cautos y actuar solamente cuando no entrañe riesgo para el paciente o tengamos la certeza del diagnóstico obtenido mediante determinaciones específicas. En cualquier caso, siempre se debe vigilar y hacer un seguimiento programado.

C.- ANTROPOMETRÍA.-

La antropometría permite medir el tamaño y proporción del cuerpo. Engloba el peso, la altura y técnicas de medición de masa grasa y magra corporal. La detección de pérdida o ganancia de cualquier componente corporal puede hacerse en relación a valores considerados como normales (tablas de referencia) o a medidas personales previas. (26)

- La Talla: Se utiliza para evaluar el crecimiento y desarrollo en los niños, mediante la comparación con estándares obtenidos en estudios realizados en poblaciones de niños saludables y

normales. Se utilizan comparaciones referidas a: talla/edad, peso/talla.

En los adultos la talla se utiliza para calcular otros índices importantes de valoración como: IMC, Índice creatinina/talla, requerimientos calóricos, la superficie corporal, calcular dosis de fármacos, etc. Es conveniente su registro al ingreso del paciente.

Técnica de determinación: paciente de pie, descalzo, erguido, tobillos juntos, espalda recta y la mirada horizontal. (26)

- El Peso: Es un parámetro de importancia en pacientes hospitalizados y que debería ser registrado al ingreso y periódicamente como práctica rutinaria, al igual que se registran las constantes vitales

El peso corporal puede valorarse como:

- Porcentaje de variación con respecto al peso ideal: Porcentaje del peso ideal (PPI): $PPI (\%) = (\text{peso actual (kg)} / \text{peso ideal (kg)}) \times 100$

- Peso actual: es el peso en el momento de la valoración. Se deben de tener en cuenta los siguientes factores a la hora de interpretarlo: Edemas, ascitis y deshidratación.

- Peso ideal: se establece mediante unas tablas de referencia para el peso ideal, en función del sexo, edad, talla y complexión del individuo.

- Porcentaje de pérdida de peso: Es el cálculo de la variación de peso con respecto del habitual. Se halla mediante la relación:

- Porcentaje de pérdida de peso (%): $((\text{Peso habitual} - \text{peso actual}) / \text{peso habitual}) \times 100$

La pérdida de peso involuntaria debe valorarse siempre en relación a un tiempo preciso. (26)

- IMC: Define el nivel de adiposidad de acuerdo con la relación de peso a estatura, eliminando así la dependencia en la constitución.

El cálculo se hace con la siguiente fórmula: $\text{peso (Kg)} / \text{altura (m)}^2$.

TABLA N° 01: Tabla de categorización del índice de Masa Corporal

IMC	Categoría
Bajo peso	< 18.5
Peso normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad grado I	30.0 – 34.5
Obesidad grado II	35.0 – 39.9
Obesidad grado III	> 40.0

FUENTE: Organización Mundial de la Salud

- Grasa Corporal

Grasa subcutánea: La valoración de la misma es una expresión de la extensión de la desnutrición y de la capacidad del individuo de resistir una situación de ayuno. Medición de pliegues cutáneos: el grosor de determinados pliegues cutáneos es un índice de la grasa corporal total; esto se debe a que en el hombre la mitad de la grasa

corporal se encuentra en las capas subcutáneas y porque los cambios en la misma reflejan cambios en la grasa corporal. (26)

Los sitios de pliegues cutáneos identificados como más indicativos de la adiposidad del cuerpo son: tríceps, bíceps, subescapular, suprailíaco, parte superior del muslo. Sin embargo el pliegue del tríceps y subescapular son los más útiles en virtud de que representan las normas y los métodos de valoración más completos de que se dispone para estos sitios. Se miden, con un calíper; hay que realizar tres mediciones y utilizar el valor medio de las mismas (en mm).

Para interpretar estas medidas es necesario comparar con los estándares que existen para ambos sexos en función de la edad y del lugar anatómico donde se mide. (23)

Grasa corporal total: a partir de los resultados que se obtienen de la medición de los pliegues cutáneos, se calcula la grasa corporal total, existen varias fórmulas para hallar el porcentaje de grasa corporal (26).

Índice Cintura – Cadera: Es la relación que resulta de dividir el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera. El índice se obtiene midiendo el perímetro de la cintura a la debajo de la última costilla flotante, en la parte más angosta del abdomen; y el perímetro máximo de la cadera a nivel de los glúteos.

Los estudios indican que una relación entre la cintura y la cadera superior a 1.0 en varones y a 0.9 en mujeres está asociada a un

aumento en la posibilidad de contraer diversas enfermedades (diabetes melitus, enfermedades coronarias, tensión arterial, entre otras). (27)

D.- PARÁMETROS BIOQUÍMICOS.-

Los parámetros bioquímicos también proporcionan información sobre el estado nutricional, pero pueden estar influidos por otros factores y, por lo tanto, deben ser interpretados con cautela. De todas formas, se deben tener en cuenta a la hora de diagnosticar el estado de nutrición y para evaluar el efecto de la terapia nutricional una vez iniciada.

Las concentraciones plasmáticas de algunas proteínas de transporte sintetizadas por el hígado se consideran un reflejo del estado del compartimento proteico visceral corporal.

Presentan algunos problemas, pues sus concentraciones son influenciadas por multitud de factores: función renal, hepática, así como por el estado de hidratación del sujeto, sepsis, inflamaciones, neoplasias, etc. Las proteínas más utilizadas son:

- **LA ALBUMINA:** al tener una vida media larga, sus niveles plasmáticos pueden mantenerse normales durante largo tiempo a pesar de un déficit nutricional importante, por lo que es un parámetro poco sensible a modificaciones recientes en el estado nutricional. Los niveles de albúmina, junto con la VGS, tienen los valores predictivos positivos más altos de todos los métodos de valoración nutricional, es un buen indicador de malnutrición

crónica, muy útil como índice pronóstico y uno de los mejores índices de laboratorio en la evaluación inicial de los pacientes. (26)

• **TRANSFERRINA**: es la proteína transportadora mayor del hierro, el cual se une a una tercera parte de ella., es de predominio intravascular. Se ve alterada por enfermedades hepáticas, síndrome nefrótico, algunas anemias, administraciones de algunos fármacos como aminoglucosidos, tetraciclinas y cefalosporinas, lo que disminuye su valor como indicador nutricional. (26)

• **PREALBUMINA**: es un indicador muy sensible para detectar precozmente deplecciones o replecciones proteicas tras la terapia nutricional. Se eleva rápidamente en respuesta a terapia nutricional. Es muy sensible frente a la respuesta inflamatoria y las enfermedades hepáticas, por lo que en enfermos críticos, su utilidad es limitada. (26)

2.2.4.- HÁBITOS ALIMENTARIOS

La RAE define hábito como: “Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”. Por lo tanto, un hábito alimentario es un acto repetitivo adquirido por costumbres, tendencias, ideologías, cultura, religión, socioeconómicos, etc. (3)

Según Cabezuelo y Frontera, “Los hábitos alimentarios son la tendencia a elegir y consumir unos determinados alimentos y no otros. Los hábitos no son innatos y se van formando a los largo de la vida. La

característica de los hábitos alimentarios es que la mayoría de ellos se adquieren durante la infancia, durante los primeros años de la vida, consolidándose después durante la adolescencia. Es decir, que la mayoría de los hábitos alimentarios del adulto son costumbres que se han formado muchos años antes, motivo por lo que son tan difíciles de cambiar. Por modificar y corregir los hábitos alimentarios inadecuados es más eficaz hacerlo en los primeros años de vida cuando todavía se están formando. Incluso es mejor introducir los hábitos saludables desde el comienzo de la alimentación variada, entre el año y los dos años de vida, ofreciendo al niño los platos saludables y no ofreciendo los alimentos inadecuados. (4)

La adquisición de los hábitos alimentarios está influida por numerosos factores, entre ellos:

- Los factores económicos, es decir, la disponibilidad de dinero para adquirir alimentos.
- Los factores geográficos, con mayor disponibilidad de alimentos frescos en el rural.
- Factores variados como la forma de vida, con o sin disponibilidad de tiempo para preparar las comidas, horarios de trabajo o de clases, tradiciones ancestrales, influencia de la publicidad de alimentos, o incluso factores religiosos.

Pero, sin duda, el factor que más influye en la adquisición de los hábitos alimentarios del niño es el medio familiar, los hábitos de los padres que el niño vive diariamente e imita de manera continua. Como el resto de normas de conducta o de higiene, los hábitos alimentarios

se aprenden y adquieren por repetición, imitando los hábitos de los adultos de su medio familiar y escolar. La educación del niño en normas y hábitos saludables requiere que los posean los adultos.” (4)

2.2.5.- AUTOESTIMA

Según Beauregard et all, “la autoestima es una representación afectiva que nos hacemos de nosotros mismos. Es un juicio positivo para con nosotros referido a nuestras cualidades y habilidades. Es también la capacidad de conservar en la memoria estas representaciones positivas, para poder utilizarlas haciendo frente a los desafíos, superando las dificultades y viviendo en la esperanza”. (28)

Según la teoría de la motivación de Maslow, publicada en el año 1943, cuando las necesidades básicas (Necesidades fisiológicas; de seguridad y de amor, afecto y pertenencia) están prácticamente satisfechas, aparecen las necesidades de estima, como reconocimiento hacia la propia persona, logros personales, etc. Maslow a su vez señaló dos tipos de necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, independencia y libertad. (29)

Rodriguez y Caño, realizaron una compilación de investigaciones que hablan de la autoestima en la adolescencia. En ella señalan que los

jóvenes tienden a realizar aquellas conductas que satisfacen sus contingencias de autovalía, lo que facilita la obtención de resultados positivos que les provocarán emociones positivas y contribuirán, a su vez, a fortalecer su autoestima en las áreas implicadas. También indican que, se considera que la autoestima rasgo (o nivel típico de autoestima) depende principalmente de los sucesos de autovalía que experimenta el individuo y de su tendencia a construir circunstancias que satisfagan dichos sucesos. Mientras que la autoestima estado (o experiencia momentánea de autoestima) va a fluctuar en torno a dicho nivel típico de autoestima en respuesta a los éxitos y fracasos que experimenta el individuo en las circunstancias vitales relevantes, es decir, en aquellas que son contingentes a su autoestima. Por lo tanto, se puede rescatar que el adolescente no sólo presenta un tipo de autoestima, sino que pueden existir experiencias breves de empatía personal. (30)

A.- COMPONENTES DEL AUTOESTIMA.-

Coopersmith (1990) considera que existe una Autoestima global y autoestimas específicas o componentes que el sujeto va evaluando y asimilando de acuerdo a sus debilidades y fortalezas (31):

EL ÁREA DE AUTOESTIMA GENERAL: Está referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a si mismo, dando a conocer el grado en que se siente seguro, capaz valioso, significativo, siente confianza y responsabilidad de sus propias acciones y tiene estabilidad frente a los desafíos; generalmente

alcanzan un alto grado de éxito, reconocen sus habilidades así como las habilidades especiales de otros. Las personas que poseen niveles bajos de autoestima general reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, se comparan y no se sienten importantes, tienen inestabilidad y contradicciones. Mantienen constantemente actitudes negativas hacia sí mismos (31).

EL ÁREA DE AUTOESTIMA SOCIAL: En esta área el sujeto posee mayores dotes y habilidades sociales, puesto que sus relaciones con amigos y colaboradores es positiva expresando en todo momento su empatía y asertividad, evidencian un sentido de pertenencia y vínculo con los demás. La aceptación social y de sí mismos están muy combinados; incluye la participación, con liderazgo de la persona frente a diversas actividades con personas de su misma edad, así como también el que se pretende como un sujeto abierto y firme al dar sus puntos de vista, dándolos a conocer sin limitación alguna (31).

EL ÁREA DE AUTOESTIMA ESCOLAR: Es el grado de satisfacción personal frente a su trabajo personal y la importancia que le otorga al afrontar las tareas académicas , evaluación de los propios logros, planteamientos de metas superiores; así como también el interés de ser interrogado y reconocido en el salón de clase. Los estudiantes que poseen un nivel alto de autoestima en esta área poseen buena capacidad para aprender, afronta adecuadamente las principales tareas académicas, alcanzan rendimientos académicos mayores de lo esperado. Son más

realistas en la evaluación de sus propios resultados de logros y no se dan por vencidos fácilmente si algo sale mal, son competitivos, se trazan metas superiores que se sientan desafiados por los obstáculos. Trabaja a satisfacción tanto a nivel individual como grupal. Los alumnos que se encuentran en el nivel bajo presentan falta de interés hacia las tareas académicas, alcanzan rendimientos académicos muy por debajo de lo esperado, se dan por vencidos fácilmente cuando algo les sale mal, son temerosos y no se arriesgan por temor al fracaso, no son capaces de enfrentar las demandas que les ponen; no son competitivos y no trabajan a gusto tanto a nivel individual como grupal (31).

EL ÁREA DE AUTOESTIMA HOGAR – PADRES: Está constituida por los diversos sentimientos que se tienen en relación al hogar y a las dinámicas que interactúan dentro de este; indica cuan es el grado en que el sujeto se siente aceptado por su entorno familiar; es decir, en qué medida es aceptado, respetado, amado y comprendido por cada uno de los miembros de su familia. En esta área si presentan nivel alto de autoestima presentan las siguientes características: buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, se sienten respetados y considerados, poseen independencia, comparten ciertas pautas de valores u sistemas de aspiraciones con la familia, tienen concepciones propias acerca de lo que está mal o bien dentro del marco familiar. Los niveles bajos reflejan cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas con la familia, se consideran incomprendidos

y existe mayor dependencia. Se tornan irritables, fríos, sarcásticos, impacientes, indiferentes hacia el grupo familiar; expresan una actitud de autodesprecio y resentimiento (32).

Asimismo se debe tener en cuenta que la Autoestima es el resultado de la historia de cada persona a través de una larga y permanente secuencia de interacciones que la van configurando en el transcurso de toda su vida. Posee una estructura consistente y estable pero no es estática sino dinámica, por tanto puede crecer, fortalecerse y en ocasiones también puede disminuir en forma situacional por fracasos.

B.- NIVELES DEL AUTOESTIMA.-

Coopersmith considera que la Autoestima presenta tres niveles alto, medio y bajo.

NIVEL ALTO.- Es consecuencia de un historial de competencia y merecimiento altos. Las personas tienen una sensación permanente de valía y de capacidad positiva que les conduce a enfrentarse mejor a las pruebas y a los retos de la vida, en vez de tender a una postura defensiva. Se sienten más capaces y disponen de una serie de recursos internos e interpersonales. Su auto concepto es suficientemente positivo y realista. La persona expresa sus puntos de vista con frecuencia y efectividad respetándose a sí misma y a los demás, tienen gran sentido de amor propio, comete errores pero están inclinados a aprender de ellos (33).

NIVEL MEDIO.- Suele ser la más frecuente, las personas con nivel de autoestima medio tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones esta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en el interior están sufriendo. La autoestima posee una estructura consistente y estable pero no es estática sino dinámica, por tanto puede crecer, fortalecerse y en ocasiones también puede disminuir en forma situacional por fracasos (33).

NIVEL BAJO.- Implica grandes deficiencias en los dos componentes que la forman (competencia y merecimiento). La persona tiende a hacerse la víctima ante sí misma y ante los demás. El sentirse no merecedora puede llevar a este tipo de persona a mantener relaciones perjudiciales que además de reforzarla negativamente dificultan la búsqueda de fuentes de merecimiento tales como el hecho de ser valorado por los demás o saber defender los propios derechos. Está más predispuesta al fracaso que otra porque no ha aprendido las habilidades necesarias para alcanzar el éxito y tiende a centrarse más en los problemas que en las soluciones. El temor al fracaso les hace evitar la posibilidad de éxito: un ascenso, un nuevo trabajo, inicio de relación de pareja, se sienten en situaciones de inferioridad o minusvalía con respecto a otro, falta de confianza en sí mismo, es menos capaz de percibir los estímulos amenazadores, es ambivalente; se aísla y no reconoce sus habilidades (33).

C.- ESCALA DE ROSENBERG.-

La Escala de Autoestima de Rosenberg es quizás la medida de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales, habiendo sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países. (34)

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Autoadministrada.

Interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 -10, las respuestas a - d se puntúan de 1 a 4.

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas en autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **ANAMNESIS ALIMENTARIA:** La anamnesis alimentaria, posiblemente sea el instrumento más útil, ya que una buena información sobre la ingesta dietética y sirve, junto con una buena exploración física y una analítica complementaria, para detectar un posible problema de salud.
- **ANTROPOMETRÍA:** Enfoque integral para definir el estado nutricional, recurriendo a los antecedentes médicos, sociales, nutricionales y de medicación; exploración física; mediciones antropométricas y datos de laboratorio.
- **AUTOESTIMA:** Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.
- **CALIPER:** Es un instrumento utilizado para medir dimensiones de objetos relativamente pequeños, desde centímetros hasta fracciones de milímetros
- **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG:** Cuestionario para explorar la autoestima persona entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo
- **ESTADO NUTRICIONAL:** Es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida.
- **HÁBITOS ALIMENTARIOS:** Es el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.

- ICC: Relación que resulta de dividir el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera.
- IMC: Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como Índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$
- MALNUTRICIÓN: Es el estado nutricional anormal causado por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; incluye la delgadez, sobrepeso, obesidad, anemia, entre otros.
- NUTRICIÓN: Proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales.
- OMS: es la sigla de la Organización Mundial de la Salud, una entidad de la Organización de las Naciones Unidas.
- PLIEGUES CUTÁNEOS: Espesor de una doble capa de la piel y del tejido adiposo subcutáneo.
- SPSS: Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.
- TALLÍMETRO: Instrumento empleado para la medición de la estatura o bien de la longitud de una persona.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1.- MÉTODO

Se aplica el método inductivo puesto que se desarrollará la investigación en un grupo reducido para obtener un resultado que podría determinar la realidad de personas con la misma característica.

3.1.2.- TÉCNICA

- **Descriptivo:** Consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.
- **Correlacional:** Describe las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.
- **Transversal:** Se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

La presente investigación es descriptiva porque se conocerá el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las alumnas de la institución educativa. Es correlacional porque se relacionan las variables presentadas. Y a su vez es transversal, puesto que la recolección de datos se realiza en un tiempo único.

3.1.3.- DISEÑO

No experimental

3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1.- POBLACIÓN

La población del estudio estará conformada por mujeres adolescentes que estén cursando el tercero y cuarto de secundaria en la Institución Educativa Estatal “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.

A.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

- Criterios de Inclusión
 - Pertenecer a la Institución Educativa Estatal “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.
 - Cursar el tercero o cuarto de secundaria
 - Sexo femenino
 - Querer participar
 - Contar con permiso de padre o tutor
- Criterios de Exclusión
 - No pertenecer a la Institución Educativa Estatal “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.
 - No cursar el tercero o cuarto de secundaria
 - Sexo masculina
 - No querer participar
 - No contar con permiso de padre o tutor

B.- UBICACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO DE LA POBLACIÓN

- Ubicación en el espacio: Mujeres adolescentes que cursen tercero o cuarto de secundaria en la Institución Educativa Estatal “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.
- Ubicación en el tiempo: La duración del estudio será de Diciembre 2014 a Marzo 2015

3.2.2.- MUESTRA

El tamaño del universo se obtuvo tomando en cuenta la cantidad de mujeres que cursaron el tercero y cuarto de secundaria en la institución en el año 2014, lo cual representa un total de 104 alumnas. Información proporcionada por el sitio web del Ministerio de Educación. (35)

Se estima que se necesitan 82 alumnas como mínimo para que la muestra sea más confiable. Para establecer el tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula que es empleada para datos globales:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q} \quad n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 104}{(0.05^2 \times (104-1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

Dónde:

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos. Esta investigación busca que la confianza sea del 95%.

e: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella. En el caso de esta investigación solo se empleará el 0.05 de error muestral para que la confianza sea mayor.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Aplicando los términos de inclusión y exclusión de la población, se realizará la investigación con una muestra de 82 adolescentes como mínimo, para que los resultados tengan una mayor significancia.

- **Tipo de Muestreo:** El muestreo es no probabilístico, aleatorio en la elección de la unidad de análisis.

3.3.- VARIABLES E INDICADORES

3.3.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
AUTOESTIMA	ELEVADA	30-40 puntos
	MEDIA	26-29 puntos
	BAJA	Menor a 25 puntos

3.3.2.- VARIABLES DEPENDIENTES

V	DIMENSIONES	INDICADORES
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Omisión de los tiempos de comida	Número de veces por semana que omite una comida.
	Compañía durante las comidas principales	Presencia o ausencia de compañía durante las comidas.
	Lugar de consumo de las comidas principales	Lugar donde desayuna, almuerza y cena mayoritariamente.
	Velocidad de ingesta	Forma en la que suele consumir sus comidas.
	Repetición de comidas	Número de veces por semana que repite una comida.
	Frecuencia de realización de la siesta	Número de veces a la semana que realiza una siesta.
	Tiempo posterior a la cena que se deja pasar antes de acostarse	Número de minutos luego de la cena que se deja pasar para acostarse.
	Ver televisión durante los tiempos de comida	Número de veces a la semana que ve televisión mientras consume una comida.
	Consumo de comida rápida	Frecuencia de consumo de comida rápida.
	Consumo de comida chatarra	Frecuencia de consumo de comida chatarra.
	Agregar sal a las comidas	Presencia o ausencia del hábito.
ESTADO NUTRICIONAL	ANTROPOMETRÍA	Talla para la edad
		IMC
		% grasa
		Índice cintura/cadera
	ANAMNESIS ALIMENTARIA	Consumo de lácteos
		Consumo de carnes magras
		Consumo de carnes rojas
		Consumo de menestras
		Consumo de azúcares
		Consumo de grasa vegetal
		Consumo de Frutas
Consumo de verduras		

3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1.- TÉCNICAS

A.- AUTORIZACIÓN.-

Para comenzar se pidió permiso a la Institución Educativa para reunir la muestra conveniente. Una vez que se obtuvo el permiso, se le explicó a la población sobre los términos y se les entrega un formato de Consentimiento Informado para que el padre o tutor pueda consintiera la aplicación de la investigación.

B.- APLICACIÓN DE ENCUESTAS.-

Se presentó un formato con preguntas simples sobre hábitos alimentarios que la población muestra llenó para obtener resultados sobre la variable dependiente.

Acto seguido, para obtener los resultados sobre la variable independiente, se aplicó el Formato de Escala de Autoestima de Rosenberg en un ambiente cerrado y privado para que la encuestada se sienta libre de contestar.

C.- EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA.-

La evaluación antropométrica se realizó en dos partes:

I.- PESO Y TALLA.- Para comenzar este proceso, se inició con la obtención de datos antropométricos simples, que son el peso y la

talla de la adolescente. Dicho proceso se realiza en el frontis de la institución educativa. (2)

• Medición de talla: Para este proceso se contó con un Tallímetro fijo de madera, este instrumento sirve para medir la talla en personas adultas. Es colocado sobre una superficie lisa y plana, sin desnivel u objeto extraño bajo el mismo, y con el tablero apoyado en una superficie plana formando un ángulo recto con el piso. Para evitar que se mueva el Tallímetro se fija con cinta masking tape en los lados para que no impida el deslizamiento del tope. El deslizamiento del tope móvil debe ser suave y sin vaivenes, la cinta métrica debe estar bien adherida al tablero y se debe observar nítidamente la numeración. Asimismo, se debe verificar las condiciones de estabilidad del tallímetro. Una vez verificado el instrumento y listo para su utilización, se inicia el proceso (2):

- Explicar a la participante el procedimiento de medición de la talla, y solicitar su colaboración.
- Solicitar que se quite los zapatos y el exceso de ropa, y sin accesorios u otros objetos en la cabeza o cuerpo que interfieran con la medición. (Para esto, se les pidió con anticipación que acudan al lugar con un buzo ligero y sin accesorios).
- Indicar que se ubique en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos

descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados.

- Asegurar que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.

- Verificar la posición de la cabeza: constatar que la línea horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo coincida con la base de la órbita del ojo, se encuentre perpendicular al tablero del tallímetro (Plano de Frankfort).

- Si el personal capacitado es de menor talla que la persona que está siendo medida, se recomienda el uso de la escalinata de dos peldaños para una adecuada medición de la talla.

- A continuación, colocar la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón de la persona adulta a ser tallada, luego ir cerrándola de manera suave y gradual sin cubrir la boca, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.

- Con la mano derecha deslizar el tope móvil del tallímetro hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza (vertex craneal), comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Este procedimiento (medición) debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando el tope móvil. En cada una de esas veces, se tomará el valor de la medición, en metros, centímetros y milímetros.

• Toma de peso: Antes de empezar a pesar al participante se verificó la ubicación de la balanza. Esta debe estar ubicada en una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo la misma. Aprovechando que la participante cuenta con ropa ligera y se ha desprendido de los zapatos, se le indicó que se ubique frente a la balanza. Una vez ubicada la participante se comienza el proceso (2):

- Ajustar la balanza a "0" (cero) antes de realizar la toma del peso.

- Solicitar a la participante se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos; talones ligeramente separadas, y la punta de los pies separados formando una "V". Indicar a la participante a no moverse mucho mientras la balanza digital esté procesando el resultado.

- Leer en voz alta el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas de la persona.

- Registrar el peso obtenido en kilogramos y la fracción en gramos, con letra clara y legible (Ejemplo: 76,1 kg).

II.- PORCENTAJE DE GRASA Y INDICE DE CINTURA/CADERA:

Debido a que para facilitar la obtención de estos datos se necesita que la participante cuente con muy poca ropa, estos procesos se realizaron en la casa de cada participante, en presencia de un tutor presente (2).

• Toma de Pliegues cutáneos: Para comenzar a tomar los pliegues, se necesitó que la participante esté con ropa ligera, si es posible con un top deportivo y shorts. Se colocó a la mano la cinta métrica, un delineador de ojos oscuro y el caliper, el antropometrista debe colocarse guantes de látex y en todo procedimiento se intenta ser lo menos invasivo posible. Una vez preparado el antropometrista, se pudo proceder de la siguiente manera (2):

- Se le pide a la participante que se coloque derecha, con las palmas de las manos sobre los muslos, mirando hacia el frente. El antropometrista se coloca al lado derecho de la participante. Desde el punto de vista práctico, se sugiere que el lado donde se realizarán las mediciones sea el lado derecho.

- Se comienzan a buscar los puntos de referencia para la medición del pliegue, se marca con el delineador. Los antropometristas que tienen poca experiencia deben marcar el sitio a ser medido una vez identificado el punto.

- Una vez identificado el lugar donde se realizará la medición, el antropometrista debe sujetar firmemente el pliegue cutáneo entre los dedos índice y pulgar de la mano izquierda a 1 cm aproximadamente del sitio del pliegue. Se debe evitar mucho contacto físico con la participante para no causar ninguna incomodidad. La cantidad de tejido debe ser suficiente para formar un pliegue.

- El caliper es sostenido con la mano derecha, perpendicular al eje longitudinal del pliegue, con la escala de lectura del caliper hacia arriba. No se debe presionar mucho el pliegue.

- La escala de lectura es leída aproximadamente 3 segundos después de presionar el caliper en el pliegue y fijarlo para evitar que se mueva. Si las puntas del caliper ejercen fuerza por más tiempo, la lectura se volverá gradualmente más pequeña. Los ojos del antropometrista se deben colocar a una altura que le permita identificar la medida. Debe tomarse mínimo 2 mediciones en cada pliegue, realizando un descanso de 15 segundos entre toma y toma.

- Los pliegues que se utilizan en esta oportunidad son los siguientes: bicipital, tricipital, suprailíaco y subescapular.

- En esta investigación se empleó el Método de Durnin y Wormerseley para hallar la densidad corporal utilizando los pliegues cutáneos, y para hallar el porcentaje de grasa corporal se optó por utilizar la ecuación de Siri.

• Medición de Perímetro de cintura: Para la realización de este proceso se necesita contar con una cinta métrica. Este instrumento sirve para medir el perímetro abdominal. Se requirió de una cinta métrica de fibra de vidrio con una longitud de 200 cm. y una resolución de 1 mm. Una vez que se tuvo la cinta métrica a la mano, se prosiguió a continuar con el procedimiento (2):

- Solicitar a la participante que se ubique en posición erguida, sobre una superficie plana, con el torso descubierto, y con los brazos relajados y paralelos al tronco.
- Asegurarse que la persona se encuentre relajada.
- Los pies deben estar separados por una distancia de 25 a 30 cm, de tal manera que su peso se distribuya sobre ambos miembros inferiores.
- Ubicar la parte más angosta del abdomen, debajo de las costillas, y colocar la cinta métrica horizontalmente alrededor, sin comprimir el abdomen de la persona. Asegurarse que la cinta métrica se encuentre bien pegada a la piel de la participante.
- Realizar la lectura en el punto donde se cruzan los extremos de la cinta métrica.
- Tomar la medida en el momento en que la persona respira lentamente y expulsa el aire (al final de una exhalación normal). Este procedimiento debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando la cinta, tomando la medida en cada una de ellas.
- Leer en voz alta las tres medidas, obtener el promedio y registrarlo.
- Medición de Perímetro cadera: El perímetro de la cadera se determina de la misma manera que el perímetro de cintura, pero en vez de la parte más angosta del abdomen, la cinta métrica debe rodear la cadera de la participante, tomando como punto de referencia la parte más sobresaliente de los glúteos.

- Determinar el ICC: Utilizando la fórmula de cintura entre cadera se halla el ICC.

D.- ENTREVISTA - ANAMNESIS ALIMENTARIA.-

Por cuestión de tiempo, para conocer si la alimentación de las participantes es la adecuada se realizó la anamnesis alimentaria aplicando el siguiente instrumento:

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO ALIMENTARIO (EF).- Se utilizó el cuestionario validado por la licenciada María Nancy Vega Camacho en su tesis para optar el título de Licenciada en Nutrición “Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo para estimar la ingesta de energía y macronutrientes de mujeres residentes en Lima Metropolitana”. (36) Se le explicó a la participante en qué consiste dicho cuestionario. Se le pregunta si consume algún alimento de la lista y con qué frecuencia lo hace.

E. PRUEBA ESTADÍSTICA

Para la obtención de resultados se necesita relacionar los diferentes ítems entre sí. Es por eso que se vio conveniente utilizar el paquete estadístico SPSS v21 y utilizar el cociente de Correlación de Pearson que es una medida de la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas, que se utilizará para cada variable dependiente.

3.4.2.- INSTRUMENTOS

- A. Formato de Evaluación Nutricional - Datos Antropométricos (ANEXO N°04)
- B. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos Semicuantitativo (ANEXO N°05)
- C. Formato De Escala De Autoestima de Rosenberg (ANEXO N°06)
- D. Encuesta de Hábitos Alimentarios (ANEXO N°07)
- E. Tallímetro de madera fijo para adulto
- F. Balanza Digital de Cristal (hasta 150 kg)
- G. Caliper Slim Guide
- H. Cinta métrica de fibra de vidrio Lufkin
- I. Programa Estadístico Informático SPSS

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se procede a describir analíticamente los resultados obtenidos con la prueba estadística utilizada (SPSS).

4.1.- ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Antes de empezar a relacionar las variables presentadas anteriormente, se presenta la siguiente tabla, donde se podrá comprobar los niveles de autoestima, hábitos alimentarios y estado nutricional de las estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la I.E.E. "PEDRO PLANAS SILVA" de Ventanilla.

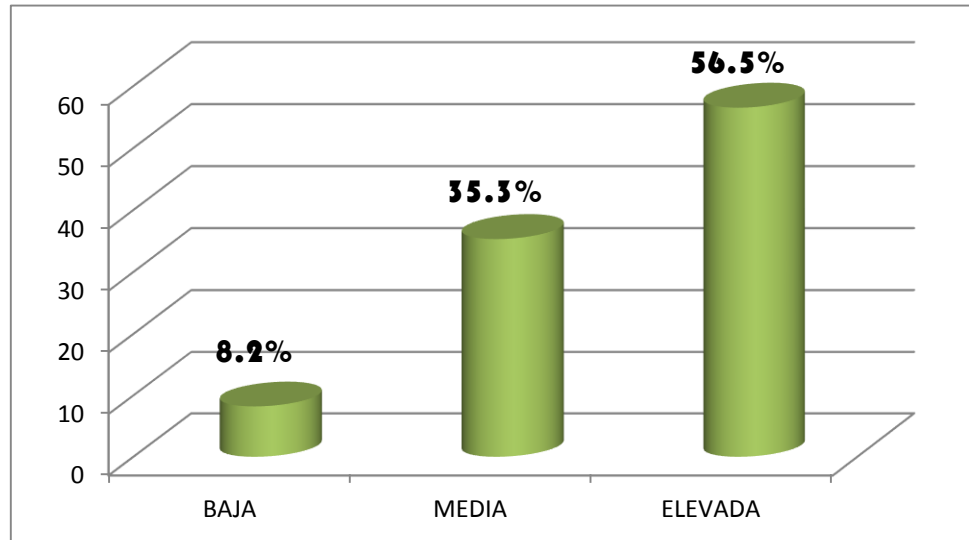
4.1.1.- AUTOESTIMA

TABLA N° 02: Tabla de Frecuencia de los niveles de Autoestima en las alumnas de tercero a cuarto año de secundaria de la I.E.E. Pedro Planas Silva de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
BAJA	7	8,20
MEDIA	30	35,30
ELEVADA	48	56,50
TOTAL	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO N° 01: Frecuencias De Los Niveles De Autoestima En Los Alumnos Del Tercer Y Cuarto Año De Secundaria De La I.E.E. Pedro Planas Silva De Ventanilla



FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°02 y el Gráfico N° 01 se puede observar que los alumnos del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla se encuentra un alto porcentaje (56.5%) con el nivel elevado de autoestima, 35.3% está en un nivel medio y 7.1% en un nivel bajo. Lo que quiere decir que un gran porcentaje de los alumnos considera que se encuentra en un nivel elevado en cuanto a su autoestima, lo cual indicaría que la mayoría de los alumnos tiene un óptimo autoconcepto y estima personal.

4.1.2.- HÁBITOS ALIMENTARIOS

TABLA N° 03: Indicadores y categorización de la variable “Hábitos Alimentarios”

INDICADOR	CATEGORÍA
Número de veces por semana que omite una comida.	Alta: 4 – 7 veces Media: 2 – 3 veces Baja: 0 – 1 vez
Presencia o ausencia de compañía durante las comidas.	Presencia Ausencia
Lugar donde desayuna, almuerza y cena mayoritariamente.	En casa Fuera de casa
Forma en la que suele consumir sus comidas.	Rápido Normal/Lento
Número de veces por semana que repite una comida.	Muy excesiva: 4 – 7 veces Excesiva: 1 – 3 veces Óptimo: Nunca
Número de veces a la semana que realiza una siesta.	Óptimo: 5 – 7 veces Bajo: 1 a 4 veces Muy bajo: Nunca
Número de minutos luego de la cena que se deja pasar para acostarse.	Muy bajo: 0 – 30 minutos Bajo: 31 minutos – 59 minutos Óptimo: 1 h a más
Número de veces a la semana que ve televisión mientras consume una comida.	Muy excesivo: 4 - 7 veces / sem Excesivo: 1 - 3 veces / sem Óptimo: Nunca
Frecuencia de consumo de comida rápida.	Alta: 4 – 7 veces/sem Media: 1 – 3 veces/sem Baja: 0 – 3 veces/mes
Frecuencia de consumo de comida chatarra.	Alto: 4 – 7 veces/sem Medio: 1 – 3 veces/sem Baja: 0 – 3 veces/mes
Agrega sal adicional a la comida	Excesivo: Presencia Óptimo: Ausencia

FUENTE: Adaptación de tabla realizado por: Javier; Hábitos alimentarios, Ingesta de energía y Nutrientes, y Actividad Física en Adolescentes de Nivel Secundario Obesos y Normopesos de Instituciones Educativas Estatales de San Isidro. 2009.

4.1.2.1.- OMISIÓN DE LOS TIEMPOS

TABLA N° 04: Tabla de frecuencias de omisión de los tiempos de comida de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
MEDIA	38	44,70
BAJA	47	55,30
TOTAL	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°04 se indica que 44,7% de la muestra omiten una comida principal de 2 a 3 veces a la semana, 55,3% lo omite de 0 a 1 vez a la semana y ninguna participante omite la comida principal más de 5 veces a la semana.

4.1.2.2.- COMPAÑÍA DURANTE LAS COMIDAS PRINCIPALES

TABLA N° 05: Tabla de frecuencias de compañía durante las comidas principales de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
AUSENCIA	26	30,60
PRESENCIA	59	69,40
TOTAL	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

La Tabla N°05 indica que 69,4% de participantes contaban con compañía en las comidas principales, mientras que 30,6% no contaban con compañía en dichas comidas.

4.1.2.3.- LUGAR DE CONSUMO DE LAS COMIDAS PRINCIPALES

TABLA N° 06: Tabla de frecuencias de lugar de consumo de las comidas principales de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
EN CASA	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°06 de puede ver que todas las participantes consumen las comidas principales en su casa.

4.1.2.4.- VELOCIDAD DE INGESTA

TABLA N° 07: Tabla de frecuencias de velocidad de ingesta de alimentos de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
RÁPIDO	11	12,90
NORMAL/LENTO	74	87,10
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En las Tabla N°07 presentada indica que 87,1% de las participantes consumen sus alimentos a una velocidad de normal o lento; sin embargo el 12,9% de las participantes consumen sus alimentos más rápido.

4.1.2.5.- REPETICIÓN DE COMIDAS

TABLA N° 08: Tabla de frecuencias de repetición de comidas de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
4 A 7 VECES	4	4,70
1 A 3 VECES	17	20,00
NUNCA	64	75,30
TOTAL	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En estos resultados se puede observar que la mayoría de las alumnas (75,3%) no repiten las comidas, mientras que 20% repiten comida principal de 1 a 3 veces a la semana, y 4,7% de las alumnas repiten la comida de 4 a 7 veces a la semana.

4.1.2.6.- FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE SIESTA

TABLA N° 09: Tabla de frecuencias de realización de siestas de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NUNCA	36	42,40
1 a 4 VECES	29	34,10
5 A 7 VECES	20	23,50
TOTAL	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En el caso de la muestra se puede ver que 42,4% no realiza ninguna siesta posterior a las comidas, 34,1% lo realiza de 1 a 4 veces a la semana y 23,5% de 5 a 7 veces a la semana.

4.1.2.7.- FRECUENCIAS DE TIEMPO POSTERIOR A LA CENA QUE SE DEJA ANTES DE ACOSTARSE

TABLA N° 10: Tabla de frecuencias de tiempo posterior a la cena que se deja antes de acostarse de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva”

	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 A 30 MINUTOS	37	43,50
31 A 59 MINUTOS	12	14,10
1 HORA A MAS	36	42,40
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N° 10 se puede ver que 43,5% de las alumnas no espera más de 30 minutos antes de acostarse, 14,1% espera entre 31 a 59 minutos después de la comida, y 42,4% espera más de una hora.

4.1.2.8.- FRECUENCIAS DE VER TELEVISIÓN DURANTE LOS TIEMPOS DE COMIDA

TABLA N° 11: Tabla de frecuencias de veces que las alumnas de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” ven televisión durante los tiempos de comida

	Frecuencia	Porcentaje (%)
4 a 7 veces por semana	43	50,60
1 a 3 veces por semana	42	49,40
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N° 11 se puede determinar que más del 50% de participantes ve televisión mientras come las comidas principales muy frecuentemente (4 a 7 veces a la semana), 49,4% sólo ve televisión mientras come 1 a 3 veces a la semana.

4.1.2.9.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA

TABLA N° 12: Tabla de frecuencias de consumo de comida rápida alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
MEDIA	15	17,60
BAJA	70	82,40
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

La Tabla N° 12 nos indica que la mayoría de las participantes, 82,4% de la población, no consumen comida de manera frecuente, mientras que 17.6% consume comida rápida de 1 a 3 veces a la semana.

4.1.2.10.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE COMIDA CHATARRA

TABLA N° 13: Tabla de frecuencias de consumo de comida chatarra alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
ALTA	18	21,20
MEDIA	23	27,10
BAJA	44	51,80
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

La Tabla N°13 determina que 21,2% consume comida chatarra de 4 a 7 veces a la semana, 27,1% lo consume de 1 a 3 veces a la semana. 51,8% no lo consume con mucha frecuencia.

4.1.2.11.- FRECUENCIAS DE AGREGAR SAL A LAS COMIDAS

TABLA N° 14: Tabla de frecuencias de consumo extra de sal en las comidas de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
PRESENCIA	26	30,60
AUSENCIA	59	69,40
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N° 14 se puede observar en la presente tabla que 30,6% de participantes adicionan sal a sus comidas, mientras que el 69,4% no lo hace.

4.1.3.- ESTADO NUTRICIONAL

TABLA N° 15: Indicadores y categorización de la variable “Estado Nutricional – Antropometría”

INDICADOR	CATEGORÍA
Talla para la edad (ANEXO N°09)	BAJA NORMAL ALTA
IMC (ANEXO N°08)	DELGADEZ NORMAL SOBREPESO
% grasa	NORMAL: <22.5% ALTO: >22.5%
Índice cintura/cadera	NORMAL: <0.8 ALTO: >0.8

FUENTE: Elaboración propia

TABLA N° 16: Indicadores y categorización de la variable “Estado Nutricional – Anamnesis Alimentaria”

INDICADOR	CATEGORIA
Consumo de lácteos	DÉFICIT: <1 v/día OPTIMO: 1-3 v/día EXCESO:>3 v/día
Consumo de carnes magras	DÉFICIT: >1 v/día ÓPTIMO: 1-3 v/día EXCESO: >3 v/día
Consumo de carnes rojas	DÉFICIT: <1 v/mes ÓPTIMO: 1-4 v/mes EXCESO: >2 v/sem
Consumo de menestras	DÉFICIT: <1 v/sem ÓPTIMO: 2-3 v/sem EXCESO: >3 v/sem
Consumo de grasa vegetal	DÉFICIT: <2porciones/día ÓPTIMO: 3-5 porciones/día EXCESO: >5 porcions/día
Consumo de azúcares	OPTIMO: 0-5 porciones al día EXCESO: >5 porciones al día
Consumo de Frutas	DEFICIENTE: <2 porción al día OPTIMO: 3-5 porciones al día EXCESO: >6 porciones al día
Consumo de Verduras	DEFICIENTE: <1 porción al día OPTIMO: 2-4 porciones al día EXCESO: >5 porciones al día

FUENTE: Elaboración propia

4.1.3.1.- FRECUENCIAS DE TALLA/EDAD

TABLA N° 17: Tabla de frecuencias de talla/edad de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
BAJA	27	31,80
NORMAL	58	68,20
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N° 17 se puede ver que 68,2% tiene una talla promedio para la edad que tienen, mientras que 31,8% no ha alcanzado una talla adecuada.

4.1.3.2 FRECUENCIAS DE PORCENTAJE DE GRASA

TABLA N° 18: Tabla de frecuencias de porcentaje de grasa de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
EXCESO	80	94,10
NORMAL	5	5,90
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la siguiente tabla (Tabla N°18) se evidencia que 94,1% de las alumnas cuenta con un exceso de grasa corporal, y solo 5,9% tiene un porcentaje normal de grasa corporal.

4.1.3.3.- FRECUENCIAS DE IMC

TABLA N° 19: Tabla de frecuencias de IMC de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DELGADEZ	3	3,50
NORMAL	51	60,00
SOBREPESO / OBESIDAD	31	36,50
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En este caso, 60% de las alumnas tiene un peso normal para su talla, 36,5% cuenta con sobrepeso u obesidad, y 3,5% tiene un bajo peso.

4.1.3.4.- FRECUENCIAS DE ICC

TABLA N° 20: Tabla de frecuencias de ICC de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
ALTO	35	41,20
NORMAL	50	58,80
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N°20 se puede apreciar lo siguiente: 58,8% de las participantes tiene un ICC normal, mientras que 41,2% el ICC se encuentra elevado.

4.1.3.5.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE LÁCTEOS

TABLA N° 21: Tabla de frecuencias de consumo de lácteos de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	64	75,30
ÓPTIMO	18	21,20
EXCESO	3	3,50
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°21 se puede visualizar que la mayoría de participantes (75,3%) no consumen suficiente cantidad de calcio, por lo tanto puede haber un déficit de minerales y vitaminas importantes (como el calcio, vitaminas A y D), donde 21,2% consume lácteos en un nivel óptimo que es de 1 a 3 porciones al día. Sólo 3,5% tuvo un exceso del consumo de lácteos.

4.1.3.6.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE CARNES MAGRAS

TABLA N° 22: Tabla de frecuencias de consumo de carnes magras de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	6	7,10
ÓPTIMO	76	89,40
EXCESO	3	3,50
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En su mayoría (89,4%), las participantes consumen un nivel óptimo de carnes magras (1-3 porciones al día); 7,1% no cubren el requerimiento, y 3,5% consume un exceso de carnes magras.

4.1.3.7.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE CARNES ROJAS

TABLA N° 23: Tabla de frecuencias de consumo de carnes rojas de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	56	65,90
ÓPTIMO	25	29,40
EXCESO	4	4,70
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En este estudio se observa que el 65,9% tiene un déficit en el consumo de carnes rojas (que se puede deber al costo en el mercado de este tipo de alimentos), un 29,4% cumple con un óptimo consumo, y solo el 4,7% de las participantes consumen carnes rojas en exceso, como se evidencia en la Tabla N°23.

4.1.3.8.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE MENESTRAS

TABLA N° 24: Tabla de frecuencias de consumo de menestras de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	35	41,20
ÓPTIMO	44	51,80
EXCESO	6	7,10
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°24 se puede observar que 51,8% de las participantes cumplen con un óptimo consumo de menestras, 7,1% tienen un consumo excesivo de estas, y 41,2% no consume la cantidad que necesitan (puede deberse a que muchas de las participantes los rechazan debido al sabor, o a la falta de costumbre).

4.1.3.9.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE GRASA VEGETAL

TABLA N° 25: Tabla de frecuencias de consumo de grasa vegetal de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. "Pedro Planas Silva" de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	79	92,90
ÓPTIMO	6	7,10
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°25 se puede apreciar que 92,9% de las participantes tiene un déficit de consumo de grasas saludables, mientras que 7,1% cumple con el requerimiento que es de 3 a 5 porciones al día.

4.1.3.10.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE AZÚCARES

TABLA N° 26: Tabla de frecuencias de consumo de azúcares de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E. "Pedro Planas Silva" de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
ÓPTIMO	29	34,10
EXCESO	56	65,90
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N° 26 se puede visualizar que 65,9% de la población tiene un exceso en el consumo de los azúcares, y que solo 34,1% cumple con un consumo óptimo.

4.1.3.11.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE FRUTAS

TABLA N° 27: Tabla de frecuencias de consumo de frutas de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E.

“Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	59	69,40
ÓPTIMO	23	27,10
EXCESO	3	3,50
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

La Tabla N°27 indica que 69,4% de las participantes no cumple con el requerimiento de consumo de frutas, 27,1% tiene un consumo óptimo de frutas, y solo 3,5% consume frutas en exceso.

4.1.3.12.- FRECUENCIAS DE CONSUMO DE VERDURAS

TABLA N° 28: Tabla de frecuencias de consumo de verduras de alumnas del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E.E.

“Pedro Planas Silva” de Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje (%)
DÉFICIT	82	96,50
ÓPTIMO	3	3,50
Total	85	100,00

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla N°28 el 96,5% de las alumnas tiene un déficit de consumo de verduras, mientras que solo 3,5% sí cumple con el requerimiento.

4.2.- ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Luego de presentar los resultados de manera descriptivo y detallado, se presentan los obtenidos a través de la estadística aplicada para determinar los objetivos específicos de la presente investigación, en los cuales se podrán observar las correlaciones entre las variables autoestima, hábitos alimentarios y estado nutricional de las estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la I.E.E. “PEDRO PLANAS SILVA” de Ventanilla.

4.2.1.- AUTOESTIMA VS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Al momento de procesar los datos en el sistema SPSS, el resultado arrojó lo siguiente. La tabla N° 03 nos presenta la relación entre la autoestima con los ítems de hábitos alimentarios tomados en cuenta en la presente investigación.

Se puede observar que existe una relación significativa entre las variables Autoestima con los hábitos alimentarios “Repetición de comidas” (0.015) y “Consumo de comida rápida” (0.035) de los estudiantes del tercer y cuarto año de secundaria. La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, la correlación entre cada pareja de variables se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos. En el caso del indicador “Repetición de comidas” se tiene una significancia de 0.015, menor a 0.05; y en el caso del indicador “Consumo de comida rápida” se obtuvo una significancia de 0,035, menos a 0.05, lo que indica que ambos indicadores guardan una

relación significativa a nivel bilateral de 0.05 lo que es interpretado de la siguiente manera: “La repetición de comidas y el consumo de comida rápida tienen una relación significativa con el nivel de autoestima de los alumnos del tercer y cuarto año de educación secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla”.

TABLA N° 29: Correlación entre Autoestima y Hábitos Alimentarios

		Autoestima
Omisión de los tiempos de comida	Sig. (bilateral)	,436
	N	85
Compañía durante las comidas principales	Sig. (bilateral)	,375
	N	85
Lugar de consumo de las comidas principales	Sig. (bilateral)	.
	N	85
Velocidad de ingesta	Sig. (bilateral)	,180
	N	85
Repetición de comidas	Sig. (bilateral)	,015
	N	85
Frecuencia de realización de la siesta	Sig. (bilateral)	,320
	N	85
Tiempo posterior a la cena que se deja pasar antes de acostarse	Sig. (bilateral)	,322
	N	85
Ver televisión durante los tiempos de comida	Sig. (bilateral)	,806
	N	85
Consumo de comida rápida	Sig. (bilateral)	,035
	N	85
Consumo de comida chatarra	Sig. (bilateral)	,247
	N	85
Agregar sal a las comidas	Sig. (bilateral)	,375
	N	85

FUENTE: Elaboración propia.

4.2.2.- AUTOESTIMA VS ESTADO NUTRICIONAL

Respecto a la relación entre los niveles de autoestima de los alumnos y el estado nutricional se puede resaltar lo siguiente; los resultados de las tablas relacionadas a la anamnesis alimentaria de las alumnas no muestran significancia respecto a la autoestima (Tabla N°31).

Por otro lado, en el aspecto antropométrico (Tabla N°30) se puede apreciar que se encontró una relación significativa bilateral con el indicador ICC (0.018). Esto nos infiere lo siguiente: “Los niveles de autoestima guardan una relación significativa con los niveles de ICC de los alumnos del tercer y cuarto año de educación secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla”. A su vez indica que no se encontró significancia en la relación con el IMC, lo que coincide con la investigación de Aguilar (13) que indica que la relación de autoestima/IMC no existe.

TABLA N° 30: Correlación entre Autoestima y Antropometría

		Autoestima
Talla/edad	Sig. (bilateral)	,279
	N	85
Porcentaje grasa	Sig. (bilateral)	,318
	N	85
IMC	Sig. (bilateral)	,643
	N	85
ICC	Sig. (bilateral)	,018
	N	85

FUENTE: Elaboración propia

TABLA N°31: Correlación entre Autoestima y Anamnesis Alimentaria

		Autoestima
Consumo de lácteos	Sig. (bilateral)	,275
	N	85
Consumo de carnes magras	Sig. (bilateral)	,819
	N	85
Consumo de carnes rojas	Sig. (bilateral)	,548
	N	85
Consumo de menestras	Sig. (bilateral)	,167
	N	85
Consumo de grasa vegetal	Sig. (bilateral)	,562
	N	85
Consumo de azúcares	Sig. (bilateral)	,290
	N	85
Consumo de Frutas	Sig. (bilateral)	,997
	N	85
Consumo de Verduras	Sig. (bilateral)	,619
	N	85

FUENTE: Elaboración Propia

DISCUSIÓN

Según el objetivo general el cual pretende establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes de tercero y cuarto de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla, se contrasta con lo planteado por Beato y Rodriguez quienes proponen que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la autoestima en pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso (7). La investigación de Arturo Aguilar, Pedro Javier Puig, Luis A Luna, Pedro Sánchez, Roberto Rodríguez, Leoncio M Rodríguez (2002), “La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia” tuvo como objetivo estudiar si el índice de masa corporal (IMC) tiene alguna relación con la autoestima al culminar la etapa de la adolescencia. En ambas variables, no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo ni edad (< 19 años vs > 19), excepto en la edad en la evaluación de la autoestima en la primera medición. Hubo cierta tendencia negativa entre las dos variables en estudio: a mayor IMC parece disminuir la autoestima. Por lo tanto, la investigación concluye en que no existe relación entre el IMC y la autoestima, aunque esta última parece disminuir al aumentar el IMC. (13). Todas estas afirmaciones refuerzan los resultados obtenidos en la presente investigación en donde se encontraron ciertos indicadores que mantienen una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

Según el primer objetivo específico el cual trata de conocer el nivel de autoestima de las estudiantes se basa en el postulado de Coopersmith quien manifiesta que las personas que poseen niveles bajos de autoestima general reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, se comparan y no se sienten importantes, tienen inestabilidad y contradicciones. Mantienen constantemente actitudes negativas hacia sí mismos (31). El artículo científico de Pamela Martyn-Nemeth, Sue Penckofer, Meg Gulanick, Barbara Velsor-Friedrich and Fred Bryant "The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents" tuvo como objetivo examinar la relación de la autoestima, el estrés, apoyo social y afrontamiento; y probar un modelo de sus efectos en la conducta alimentaria y depresión. Se llegó a la conclusión que hay relación entre el estrés y baja autoestima con el afrontamiento evasivo y la depresión, y que la baja autoestima y el afrontamiento evasivo estaban relacionados con la conducta alimentaria no saludable. (20). Lo que se encontró el presente estudio indica que pese a que el nivel socioeconómico bajo, pese al grupo étnico, y pese a que el sexo predeterminara que se encontraría una mayor incidencia de baja autoestima no fue así, pues se halló que la mayoría de las participantes (56,5%) presenta una autoestima elevada y sólo el 8,2% de ellas presentó una autoestima baja, lo cual nos indica que estos factores no determinan los niveles de autoestima en las adolescentes.

El segundo objetivo específico pretendió conocer los hábitos alimentarios de las estudiantes, basándose en lo planteado por Requejo quien indicó que durante la adolescencia se produce un importante paso en materia de alimentación. De depender de los padres, en la elección y planificación de la dieta, pasa a tomar decisiones propias; en ocasiones, la rebeldía y el deseo de autoafirmación pueden

llevar a seguir dietas incorrectas. Sin embargo, esta etapa de intenso crecimiento necesita un aporte elevado de nutrientes, los desequilibrios pueden tener impacto importante en la salud futura. (5). Nathalie Fiorella Tovar Urbina en su investigación titulada “Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo-Independencia” (2009) tuvo como objetivo determinar el nivel de autoestima y determinar las prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de dicha Institución llegó a la conclusión que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio, en cuanto a las dimensiones del autoestima la mayoría de ellos presentan nivel medio de autoestima en los componentes General, Escolar y Hogar, lo que se caracteriza por sentimientos de seguridad y capacidad en sí mismos, poseer buena capacidad para aprender y presentar buenas relaciones con la familia con sentimiento de aceptación por cada miembro de ella, pero a su vez la mayoría presenta nivel de autoestima bajo en el componente Social lo que se caracteriza por sentimientos de inaceptación e incomprensión hacia las personas de su alrededor; el número de adolescentes que no presentan conductas saludables como alto consumo de comida chatarra y consumo indebido de alcohol, podría incrementarse y con ello aumentar la predisposición al deterioro continuo de su estado de salud. (16). En la presente investigación se encontró lo siguiente: el 55,3% omite máximo una vez por semana una comida principal, el 69,4% cuenta con compañía en las comidas principales, el 100% consumen las comidas principales en casa, el 87,1% de las alumnas consumen sus alimentos a una velocidad normal o lenta, el 75,3% no repiten las comidas principales, el 42,4% no realiza ninguna siesta posterior a las comidas, el 43,5% no espera más de 30 minutos antes de acostarse, lo que es considerado como un mal hábito alimentario, el 50,6% ve televisión mientras ingiere

las comidas principales muy frecuentemente, lo cual también es considerado como un mal hábito, el 82,4% de la muestra no consume comida rápida muy seguido, el 51,8% no consume con mucha frecuencia comida chatarra y el 69,4% de las participantes no le agrega sal a las comidas.

El tercer objetivo específico plantea que es preciso determinar el estado nutricional de las estudiantes, se contrasta con una investigación peruana, realizada por Daysi Coras Bendezú y María Arcaya Moncada titulada “Nivel de autoestima y su relación con el estado nutricional de escolares de 10-12 años de instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima”, (2012), quienes buscaron determinar la relación entre el nivel de autoestima y el estado nutricional en escolares de 10 a 12 años de edad, de instituciones educativas públicas, del distrito de San Juan de Lurigancho. Para ello emplearon una muestra de 465 escolares de educación primaria, de 12 instituciones educativas determinada mediante muestreo aleatorio simple, evaluando la autoestima a través de un Test de Autoestima aplicado a escolares, y para valorar el estado nutricional se aplicó la Gráfica de Crecimiento Corporal 2000: IMC/Edad. En el análisis se utilizó la prueba Chi cuadrado con una significancia de 95%. Llegó a la conclusión que más de la cuarta parte de escolares presentó baja autoestima. El sobrepeso y la obesidad superaron significativamente a la desnutrición. El nivel de autoestima estuvo relacionado con el estado nutricional en escolares, el cual debe ser considerado como un factor importante entre los niños con sobrepeso y obesidad. (15). En la presente investigación se encontró que el 75,3% no consumen suficiente cantidad de lácteos, el 89,4% consume un nivel óptimo de carnes magras (1-3 porciones al día), el 65,9% tiene un déficit en el consumo de carnes rojas, el 51,8% de las participantes cumplen con un óptimo consumo de

menestras, el 92,9% presentan un déficit de consumo de grasas saludables, el 65,9% tiene un exceso en el consumo de los azúcares, el 69,4% no cumple con el requerimiento de consumo de frutas, el 96,5% de las alumnas tiene un déficit de consumo de verduras, el 68,2% presenta una talla promedio para la edad que tienen, el 94,1% de las alumnas cuenta con un exceso de grasa corporal, el 60% de las examinadas tiene un peso normal para su talla y el 58,8% tiene un ICC normal. Todos estos resultados nos indican que hay algunos indicadores que estarían considerados como inadecuados tales como la elevada ingesta de azúcares que estarían provocando los altos porcentajes de grasa en las alumnas, así como el bajo consumo de carnes rojas, frutas y verduras.

El cuarto objetivo específico planteado pretende establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima y los hábitos alimentarios; según Cabezuelo y Frontera los hábitos alimentarios son la tendencia a elegir y consumir unos determinados alimentos y no otros. Los hábitos no son innatos y se van formando a lo largo de la vida. La característica de los hábitos alimentarios es que la mayoría de ellos se adquieren durante la infancia, durante los primeros años de la vida, consolidándose después durante la adolescencia. Es decir, que la mayoría de los hábitos alimentarios del adulto son costumbres que se han formado muchos años antes, motivo por lo que son tan difíciles de cambiar. Por modificar y corregir los hábitos alimentarios inadecuados es más eficaz hacerlo en los primeros años de vida cuando todavía se están formando. Incluso es mejor introducir los hábitos saludables desde el comienzo de la alimentación variada, entre el año y los dos años de vida, ofreciendo al niño los platos saludables y no ofreciendo los alimentos inadecuados. (4). En la investigación norteamericana elaborada por Mauno Makinen, Leena Puuko, Nina Lindberg, Martti

Siimes y Veikko Aalberg llamada “ Body dissatisfaction and bodymass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits” (2012), se buscó examinar la relación de insatisfacción corporal con la masa corporal, así como la autoestima y hábitos alimentarios en niños y niñas que se encuentran en la transición de la adolescencia temprana a media. Con esta investigación se concluyó en que la masa corporal, la autoestima y hábitos alimentarios tenían una relación significativa con la insatisfacción corporal en la fase transitoria de adolescencia temprana a media en niños y niñas, pero también se encontraron diferencias significativas entre los géneros. (18). En los resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa entre las variables autoestima con los hábitos alimentarios repetición de comidas (sig. 0.015) y consumo de comida rápida (sig. 0.035) lo que nos indica que ambos indicadores están determinados por el nivel de autoestima que presentan las alumnas de la institución educativa.

El quinto objetivo específico propuesto pretende precisar si existe una relación entre el nivel de autoestima y la anamnesis alimentaria de las estudiantes. En el estudio de Yolanda Pastor, Isabel Balaguer y Marisa García-Merita titulado “Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio” (2006); cuyos objetivos fueron proponer un modelo en el que se exploran, en ambos sexos, las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto, incluidas en el modelo multidimensional de Harter (1988) sobre adolescentes (adecuación de la conducta, aceptación social, amistad íntima, competencia académica, apariencia física y competencia deportiva) —actuando como variables exógenas— con algunas conductas de salud (consumo de tabaco, alcohol y cannabis,

consumo de alimentos sanos y consumo de alimentos insanos) —actuando como variables endógenas— además de explorar el papel de la participación deportiva como variable mediadora entre la competencia deportiva y las variables de salud indicadas; se concluyó que las relaciones muestran que en ambos sexos, la adecuación conductual, la aceptación social y la amistad íntima son los mejores predictores de las conductas de riesgo para la salud, y que la competencia deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud, actuando la participación deportiva como variable mediadora en esta relación. (37). En la presente investigación no se encontró una relación significativa entre los niveles de autoestima de las alumnas con la anamnesis alimentaria, lo cual nos indicaría que la alimentación que realizan no interviene ni están estrechamente relacionados con los niveles de autoestima que presentan.

El último objetivo específico de la investigación plantea si existe una relación directa entre el nivel de autoestima y el aspecto antropométrico de las estudiantes. El artículo científico de Doris Pastore, Martin Fisher y Stanford Friedman “abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlation with self-esteem and anxiety” (1996), buscó determinar la prevalencia de anomalías en el peso, actitudes y comportamiento alimentario en sobre una población adolescente urbana. La investigación se realizó con una muestra de 1001 estudiantes, de los cuáles 66% era población morena, 23% hispanos, teniendo en cuenta también que 45% eran varones y 55% mujeres. Se emplearon el Test de actitud alimentaria, La escala de Rosenberg, el Inventario de Rasgo de Ansiedad Spielberger y un cuestionario de conducta alimentaria. Llegando a la conclusión de que la autoestima y la ansiedad en estudiantes obesos no difiere de los estudiantes

con normopeso. (17). En cambio en la presente investigación se encontró que el indicador ICC presenta una relación significativamente bilateral (sig. 0,018) con los niveles de autoestima de las alumnas del tercer y cuarto año de educación secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla, lo cual nos indicaría que a cuanto mayor nivel de autoestima en las jóvenes hay un mejor cuidado respecto al ICC de las mismas.

CONCLUSIONES

La presente investigación llegó a las siguientes conclusiones:

- El 56,50% de las alumnas presentan un nivel elevado de autoestima, el 35,30% se encuentra en el nivel medio y el 8,20% muestra un nivel bajo de autoestima.
- Respecto a la omisión de los tiempos el 44,7% de la muestra omiten una comida principal de 2 a 3 veces a la semana, 55,3% lo omite de 0 a 1 vez a la semana y ninguna participante omite la comida principal más de 5 veces a la semana.
- El 69,4% de las participantes cuentan con compañía en las comidas principales y el 30,6% no cuentan con compañía en dichas comidas.
- El 100% consumen las comidas principales en su casa.
- El 87,1% de las participantes consumen sus alimentos a una velocidad normal o lenta, sin embargo el 12,9% de las participantes consumen sus alimentos más rápido.
- El 75,3% no repiten las comidas, mientras que 20% repiten comida principal de 1 a 3 veces a la semana y 4,7% de las alumnas repiten la comida de 4 a 7 veces a la semana.
- Respecto a la frecuencia de realización de siesta el 42,4% no realiza ninguna siesta posterior a las comidas, 34,1% lo realiza de 1 a 4 veces a la semana y 23,5% de 5 a 7 veces a la semana.
- Con relación a frecuencias de tiempo posterior a la cena que se deja antes de acostarse el 43,5% de las alumnas no espera más de 30 minutos antes de acostarse, el 14,1% espera entre 31 a 59 minutos después de la comida y 42,4% espera más de una hora.

- En cuanto a la frecuencia de ver televisión durante los tiempos de comida, el 50% de participantes ve televisión mientras come las comidas principales muy frecuentemente (de 4 a 7 veces a la semana), 49,4% sólo ve televisión mientras come 1 a 3 veces a la semana.
- El 82,4% de las estudiantes no consumen comida rápida muy seguido, mientras que el 17,6% lo consumen de 1 a 3 veces a la semana.
- El 21,2% ingiere comida chatarra de 4 a 7 veces a la semana, 27,1% lo consume de 1 a 3 veces a la semana y el 51,8% no lo consume con mucha frecuencia.
- El 30,6% de las participantes adicionan sal a sus comidas el 69,4% no lo hace.
- Respecto al consumo de lácteos, el 75,3% no consume suficiente cantidad, el 21,2% consume en nivel óptimo (de 1 a 3 porciones) y el 3,5% tuvo un exceso del consumo de lácteos.
- En cuanto al consumo de carnes magras en su mayoría (89,4%) lo ingieren en un nivel óptimo (1 a 3 porciones al día), el 7,1% no cubren el requerimiento y 3,5% consume en exceso.
- También se observó que el 65,9% tiene un déficit en el consumo de carnes rojas, un 29,4% cumple con el consumo óptimo y el 4,7% presenta un exceso en la ingesta.
- El 51,8% de las participantes cumple con el consumo óptimo de menestras, el 7,1% tiene presenta un excesivo consumo de las mismas y el 42,2% no consume la cantidad necesaria.
- El 92,9% de las alumnas tiene un déficit de consumo de grasas saludables, mientras que el 7,1% cumple con el requerimiento que es de 3 a 5 porciones al día.

- El 65,9% de la muestra presenta un exceso en el consumo de los azúcares y el 34,1% cumple con la ingesta en un nivel óptimo.
- En cuanto al consumo de frutas el 69,4% de las participantes no cumplen con el requerimiento de las mismas, el 27,1% presenta un consumo óptimo y solo 3,5% consume frutas en exceso.
- Respecto al consumo de verduras el 96,5% de las alumnas tiene un déficit en su ingesta y solo el 3,5% sí cumple con el requerimiento.
- El 68,2% tiene una talla promedio para la edad que tienen, mientras que el 31,8% no ha alcanzado una talla adecuada.
- Además se evidencia que el 94,1% de las alumnas cuenta con un exceso de grasa corporal y solo 5,9% tiene un porcentaje normal de grasa corporal.
- En cuanto al índice de masa corporal el 60% de las estudiantes tienen un peso normal para su talla, el 36,5% cuenta con sobrepeso u obesidad y 3,5% tiene un bajo peso.
- Con referencia a las frecuencias de ICC de las alumnas del tercer y cuarto año de secundaria se aprecia el 58,8% de ellas tienen un ICC normal mientras que el 41,2% se encuentra elevado.
- Se pudo observar que existe una relación significativa entre las variables autoestima con los hábitos alimentarios repetición de comidas (sig. 0.015) y consumo de comida rápida (sig. 0,035) de las estudiantes del tercer y cuarto año de educación secundaria de la institución educativa sujeta a estudio.
- No se encontró una relación significativa entre los niveles de autoestima con su estado nutricional.
- Los niveles de autoestima guardan una relación significativa con los niveles de ICC de las alumnas (sig. 0,018).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más investigaciones respecto al tema, pues en esta investigación sólo se ha podido comprobar una relación, mas no se conoce el origen o las causas para poder evitar que las adolescentes presenten deficiencias alimentarias y malnutriciones ya sea por exceso o por defecto.
- Con respecto a los hábitos de las adolescentes, se deberían realizar charlas dinámicas para demostrar las consecuencias de los malos hábitos, y enseñar cómo se puede modificar según su entorno y condición. También sería recomendable que en el quiosco escolar se puedan ofrecer más alimentos saludables y dejar de expender “comida chatarra”.
- Para mejorar el estado nutricional de las adolescentes, se podrían realizar charlas nutricionales en el colegio para explicar las consecuencias de llevar una alimentación desequilibrada en la adolescencia, y dar opciones para poder mejorar la alimentación que llevan, teniendo en cuenta el entorno y el nivel socioeconómico que presentan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Portal de la Organización Mundial de la Salud. [En línea] - Departamento de Nutrición [Fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014.] Disponible en URL: <http://www.who.int/es/>.
2. MINSA. Guía técnica para la valoración antropométrica de la persona adulta. El Peruano. 29 de Marzo, 2012.
3. Real Academia Española. Real Academia Española. [En línea] Real Academia Española. [Fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014.] Disponible en URL: <http://www.rae.es/>.
4. Cabezuelo Huerta, Gloria y Frontera Izquierdo, Pedro. Enséñame a comer: Hábitos, pautas y recetas para evitar la obesidad infantil. Madrid : EDAF, 2007.
5. Requejo, Ana M. y Ortega, Rosa M. Nutricion En La Adolescencia Y Juventud. Madrid : Complutense, 2002.
6. Shadle, K. Healthy families-healthy bodies preventing obesity. Total Health. 2001, 25 (5), p.22-24.
7. Beato Fernández, Luis; Rodriguez Cano, Teresa y Martinez Delgado, Cristóbal. Risk factors for eating disorders in adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. October, 2004, Vol. 13, 5.
8. Rodriguez Espínola, Solange. Relación Entre Nivel Socioeconómico, Apoyo Social Percibido, Género Y Depresión en Niños. Buenos Aires. Redylac. 2010, Vol. 27(2). p. 261-275.
9. Tarazona, David. Autoestima, Satisfacción Con La Vida Y Condiciones De Habitabilidad En Adolescentes Estudiantes De Quinto Año De Media. Un Estudio Factorial Según Pobreza Y Sexo. Lima : Revista IIPSI, 2005, Vol. 8(2). p.57 - 65.

10. De Garrido-Lecca, Magally. Autoestima en adolescentes con bajo rendimiento escolar a través del psicodiagnóstico de Rorschach. Lima : Revista de Psicología de la PUCP, 1997, Vol. 15(2). p.179-199.
11. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. Niveles socioeconómicos 2013. Lima : APEIM, 2013.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Características Generales De Las Mujeres. Disponible en: ENDES - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Lima : INEI, 2013. p.59-87.
13. Aguilar Ye, Arturo, y otros. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. México : Rev. Mex. de Ped., 2002, Vol. 69(5). p.189-193.
14. Moreno González, Miriam Angélica y Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. México : Terapia Psicológica, 2009, Vol. 27(2). p.181-189
15. Coras Bendezú, Daysi Milsa. Nivel de autoestima y su relación con el estado nutricional de escolares de 10-12 años de instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima. Lima : Rev. Cient. de Enferm., 2012, Vol. VIII(1). p.25-32.
16. Tovar Urbina, Nathalie Fiorella . Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo- Independencia, 2009. [Tesis pregrado] Lima: UNMSM;2009.
17. Pastorea, Doris. Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: Correlations with self-esteem and anxiety. Journal of Adolescent Health, 1996, 18(5). p.312-319.

18. Makinen, Mauno, et all. Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. Helsinki : BMC Psychiatry, 2012, Vol. 12(35). p.1-8.
19. Michou, María y Costarelli, Vassiliki. Disordered Eating Attitudes in Relation to Anxiety Levels, Self-esteem and Body Image in Female Basketball Players. Journal of Exercise Science and Fitness. 2011, Vol. 9(2). p.109-115.
20. Martyn-Nemeth, Pamela, y otros. The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. Research in Nursing and Health. 2009, Vol. 32(1). p.96-109.
21. Story, Mary y Stang, Jamie. Nutrition Needs Of Adolescents. Mary Story. Guidelines for Adolescent Nutrition Services. s.l. Center for Leadership, Education and Training in Maternal and Child Nutrition, 2005. p.22-34.
22. Rosa María Ortega Anta, Ana M. Requejo Marcos. Capítulo 4: Nutrición del adolescente y del joven. Disponible en: Nutriguía: Manual De Nutrición Clínica En Atención Primaria. España : Editorial Complutense, 2000. p.39-45.
23. OMS. El Estado Físico: Uso E Interpretación De La Antropometría. . Ginebra : OMS, 1995. Serie de informes técnicos N.º 854.
24. De Luis Román, Daniel A., Bellido Guerrero, Diego y Garcia Luna, Pedro Pablo. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. España : Editorial Diaz de Santos, 2010.
25. Herrero Lozano, R. Valoración del estado nutricional en Atención Primaria. Zaragoza : SEMERGEN, 2004, Vol. 30(10).
26. Oliva Mompeán, Fernando y Manjón Collado, María Teresa. Documentos Clínicos De Interés – Guía Práctica De Nutrición Hospitalaria. Andalucía : Servicio Andaluz De Salud, 2007.

27. Montalbán Sanchez, J. Índice cintura/cadera, obesidad y estimación del riesgo cardiovascular en un centro de salud de Málaga. Madrid : Medicina de Familia, 2001, Vol. 2(3).
28. Bearegard, Louise Anne, Bouffard, Richard y Duclos, Germain. Autoestima: para quererse más y relacionarse mejor. Montreal : NARCEA, 2005.
29. Teoría de las Necesidades de Maslow. Perdomo G, Vivian S. Barinitas: Universidad Fermin Toro, 2012.
30. Rodriguez, Najarro Carmen y Caño, Gonzáles Antonio. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. Málaga : International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2012, Vol. 12(3). p.389-403.
31. Coopersmith, Stanley. The antecedents of self- esteem. EE.UU : Consulting Psychologists Press, 1990.
32. Base de datos de Línea de diferencias e inequidades de género en la salud. OPS-OMS. 2004. pg. 86.
33. Clark, Aminah, Clemes, Harris Y Bean, Reynold. Como Desarrollar la autoestima en los adolescentes.. Madrid : Debate, 2000.
34. Jose Manuel, Garrido. psicopedia.org. [Fecha de publicación: 19 de Junio de 2014.] Disponible en URL: <http://psicopedia.org/1723/medir-la-autoestima-con-la-escala-de-rosenberg/>.
35. Ministerio de Educación. Portal Oficial del Ministerio de Educación. [Fecha de acceso: 28 de Diciembre de 2014.] Disponible en URL: www.minedu.gob.pe.
36. Vega Camacho, Maria Nancy. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo para estimar la ingesta de energía y macronutrientes de mujeres residentes en Lima Metropolitana. [Tesis pregrado] Lima. UNMSM, 2012.

37. Pastor , Yolanda, Balaguer, Isabel y García Mérita, Marisa. Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. Valencia : Psicothema, 2006, Vol. 18(1).
38. Javier Hidalgo, Miguel Andrés. Hábitos alimentarios, ingesta de energía y nutrientes y actividad física en adolescentes de nivel secundario obesos y normopesos de instituciones educativas estatales de San Isidro, 2009. [Tesis pregrado] Lima. UNMSM, 2009.
39. Sasaki S, Katagiri A, Tsuji T, Shimoda T, et al. Self-reported rate of eating correlates with body mass index in 18-y-old Japanese women. International Journal of Obesity. 2003, Vol. 27(2). p.215-226.
40. Piesman M, Hwang I, Maydonovitch C, Wong R. Nocturnal reflux episodes following the administration of a standardized meal. Does timing matter? Am J Gastroenterol. 2007, Vol. 10(102). p.2128-2134.


ANEXOS

ANEXO N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO	
¿Existe una relación entre la autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes de tercero a cuarto año de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla?	Establecer si existe una relación entre el nivel de autoestima con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero a cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.	Existe relación entre el nivel de autoestima tiene relación con los hábitos alimentarios y el estado nutricional en las estudiantes adolescentes de tercero a cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.	<p>V. Indep.: La autoestima Indicadores: Escala de Autoestima de Rosenberg</p> <p>V. Depend:</p> <p>1.- Hábitos Alimentarios Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de veces por semana que omite una comida. Presencia o ausencia de compañía durante las comidas. Lugar donde desayuna, almuerzo y cena mayoritariamente. Forma en la que suele consumir sus comidas. Número de veces por semana que repite una comida. Número de veces a la semana que realiza una siesta. Número de minutos luego de la cena que se deja pasar para acostarse. Número de veces a la semana que ve televisión mientras consume una comida. Frecuencia de consumo de comida rápida. Frecuencia de consumo de comida chatarra. Presencia o ausencia del hábito <p>2.- Estado Nutricional Indicadores: Talla para la edad IMC % grasa Índice cintura/cadera Frecuencia de consumo de alimentos</p>	<p>1.- MÉTODO Inductivo</p> <p>2.- TÉCNICA Descriptivo Correlacional Transversal</p> <p>3.- DISEÑO No experimental</p>	<p>Población Alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa Estatal Pedro Planas Silva</p> <p>Muestra: 104 alumnas</p>
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS ESPECÍFICAS			
	<p>OE1: Conocer el nivel de autoestima de las estudiantes adolescentes de tercero a cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.</p> <p>OE2: Examinar los hábitos alimentarios de las estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.</p> <p>OE3: Determinar el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero a quinto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.</p>	<p>HE1: Existe una predominancia del nivel bajo de autoestima de las estudiantes adolescentes de tercero a cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.</p> <p>HE2: Existen inadecuados hábitos alimentarios en las estudiantes adolescentes de tercero a cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.</p> <p>HE3: Existe deficiencia en el estado nutricional de las estudiantes adolescentes de tercero a cuarto de secundaria de la institución educativa estatal Pedro Planas Silva de Ventanilla.</p>			

ANEXO N°02

 **UAP** | **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Nutrición Humana

Magdalena del Mar, 26 de Noviembre del 2014

Carta N° 805-2014-EAPNH-UAP

Sra. Gladys Flores Miranda
Directora del Nivel Secundario
I.E N° 5121 "Pedro Planas Silva"

CARGO

Presente.-

Asunto: *Permiso realizar proyecto de investigación de tesis*

Me dirijo a usted, en nombre de la Escuela Académico Profesional de Nutrición Humana, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, para expresarle mi saludo personal e institucional; y a la vez presentar a la bachiller:


Veliz Delgado, Susan Mercedes DNI: 46429415

Quién se encuentra en el I Taller de Tesis, y desea realizar su investigación de tesis titulada: **"Influencia de la Autoestima con los hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes"**, en la digna institución a su cargo.

Agradeciendo por la deferencia a la presente, le expreso mi consideración más distinguida.

Atentamente,

Teléfonos: 264-2591/264-2431
y_ormea@uap.edu.pe
Av. Pérez Aranibar 2398
Magdalena del Mar


Dr. JAVIER GÓMEZ GUERREIRO
DIRECTOR
Escuela Académico Profesional de Nutrición Humana

*Recibido
28.11.14.*

ANEXO N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES"

Investigadora: Susan Mercedez Veliz Delgado

Propósito

Estamos invitando a participar en el proyecto "RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES". Este proyecto es desarrollado por la Escuela Académico Profesional de Nutrición Humana que pertenece a la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas.

Participación

Este estudio pretende conocer en primer lugar el nivel de autoestima de las adolescentes del nivel secundario de la institución educativa estatal "Pedro Planas Silva". En segundo lugar, permitirá conocer el estado nutricional de los escolares adolescentes. Por último, permitirá conocer los hábitos alimentarios. Para ello necesitamos realizarles los siguientes estudios:

- Realizar un cuestionario sobre autoestima.
- Observar algunos aspectos físicos (signos clínicos).
- Medir su peso y talla (con su buzo ligero).
- Medir perímetros de cintura y cadera.
- Medir los pliegues cutáneos para obtener el porcentaje de grasa corporal.
- Realizar una encuesta sobre sus hábitos alimentarios.

Para algunas medidas (pliegues cutáneos) se tendrá que visitar a la adolescente en su casa para mayor privacidad, y será realizado sólo por la investigadora en presencia del tutor y en disponibilidad de ambos

Riesgo del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para su hijo/hija.

Beneficios del Estudio

Es importante señalar que con la participación de la alumna, contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y nutrición. Los resultados de la evaluación nutricional se les entregarán a los estudiantes en plazo no mayor a cuatro meses.

Costo de la Participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Las mediciones antropométricas se realizarán con la autorización del tutor y el colegio, sin interrumpir actividades como por ejemplo exámenes.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, sólo los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información.

Requisitos de Participación

Las posibles candidatas deberán ser adolescentes de tercero, cuarto o quinto de nivel secundario.

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación voluntaria en el estudio. Sin embargo, si usted no desea participar del estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa para hacerlo.

Dónde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con la Bachiller en Nutrición Susan Mercedes Veliz Delgado, al correo svd_nut@hotmail.com.

Declaración voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, los procedimientos involucrados, he conocido los riesgos, los beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. Entiendo también que la adolescente puede participar o no continuar en el estudio en el momento en que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, del colegio o de la Universidad Alas Peruanas.

Por lo anterior acepto voluntariamente que la adolescente participe en la investigación de: "RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES"

Nombre _____ del _____ Tutor:

Nombre _____ del _____ adolescente:

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ /2014

FORMATO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL – ANTROPOMÉTRICA

CÓDIGO:

FECHA:

TALLA:

--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO:

PESO BRUTO:

--	--	--	--	--

DESCUENTO:

PESO:

--	--	--	--	--

IMC:

DIAGNÓSTICO:

PERÍMETROS:

CINTURA:

--	--	--	--	--

CADERA:

--	--	--	--	--

ICC:

DIAGNÓSTICO:

PLIEGUES:

BICIPITAL:

--	--

TRICIPITAL:

--	--

SUBESCAPULAR:

--	--

SUPRAILIACO:

--	--

%GRASA:

DIAGNÓSTICO:

ANEXO N°05

FORMATO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL – ANAMNESIS ALIMENTARIA

CÓDIGO:

FECHA:

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

N°	GRUPO	ALIMENTO	PORCIÓN	Tamaño*	Nunca	1-3 al mes	1-2 sem	3-4 sem	5-6 sem	1 al día	2 al día	3-4 al día	5 o + al día
1	LACTEOS	Leche evaporada	1 taza										
2		Leche condensada	1 cucharada										
3		Yogurt	1 vaso-botellita										
4	OTROS	Huevo	1 Unidad										
5	PREPARADOS Y CARNES Y ADOSVISCERAS	Pollo	1 Presa										
6		Hígado de pollo	1 Unidad										
7		Hígado de res	1 Unidad										
8		Carne de pavita	1 presa										
9	PREPARADOS Y CARNES Y ADOSVISCERAS	Pescado	1 presa										
10		Mariscos	1 cucharada										
11		Jamonada	1 rodaja										
12	PREPARADOS Y CARNES Y ADOSVISCERAS	hot-dog	1 unidad										
13		Atún enlatado	1 cucharada										
14	CEREALES	Arroz	1/2 plato										
15		Fideo	1 porción										
16		Quinoa	1 taza										
17		Avena (Quaquer)	1 taza										
18		Trigo	1 taza										
19	MENESTRAS	Pallares	1/2 plato										
20		Lentejas	1/2 plato										
21		Frejol	1/2 plato										
22	HARINAS	Pan francés	1 Unidad										
23		Pan integral	1 Unidad										
24		Queque	1 tajada										
25		Rosquitas	1 unidad										
26	TUBERCULOS	Papa	1 Unidad										
27		Yuca	1 trozo										
28		Camote	1 trozo										
29	AZUCARES	Mermelada	1 untada										
30		Manjar blanco	1 untada										
31		Azúcar blanca	1 cucharadita										
32		Azúcar rubia	1 cucharadita										
33	GRASAS	Aceite (aderezo)	1 porc. de aderezo										
34		Aceite (fritura)	1 porc. de fritura										
35		Mantequilla	1 untada										

*TAMAÑO: (1) pequeño, (2) mediano, (3) grande, (4) delgado, (5) grueso.

FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

INDICACIÓN: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

ADMINISTRACIÓN: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

INTERPRETACIÓN: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

FORMATO DE ESCALA DE ROSENBERG

CÓDIGO:

FECHA:

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

FORMATO DE ENCUESTA DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

CÓDIGO:

FECHA:

Marca con una "X" la respuesta que consideres más apropiada:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cuántas veces a la semana omites el desayuno?
<input type="radio"/> 4 a 7 veces
<input type="radio"/> 2 a 3 veces
<input type="radio"/> 0 a 1 vez | 9. ¿Cuántas veces a la semana omites la cena?
<input type="radio"/> 4 a 7 veces
<input type="radio"/> 2 a 3 veces
<input type="radio"/> 0 a 1 vez |
| 2. La mayoría de veces desayunas en:
<input type="radio"/> En casa
<input type="radio"/> Fuera de casa | 10. La mayoría de veces cenas en:
<input type="radio"/> En casa
<input type="radio"/> Fuera de casa |
| 3. La mayoría de las veces desayunas:
<input type="radio"/> Solo
<input type="radio"/> En compañía de algún familiar | 11. La mayoría de las veces cenas:
<input type="radio"/> Solo
<input type="radio"/> En compañía de algún familiar |
| 4. ¿Cuántas veces a la semana omites el almuerzo?
<input type="radio"/> 4 a 7 veces
<input type="radio"/> 2 a 3 veces
<input type="radio"/> 0 a 1 vez | 12. Consideras que la cena la comes:
<input type="radio"/> Lento
<input type="radio"/> Normal
<input type="radio"/> Rápido |
| 5. La mayoría de veces almuerzas en:
<input type="radio"/> En casa
<input type="radio"/> Fuera de casa | 13. ¿Cuántas veces a la semana "repites" la cena?
<input type="radio"/> Todos los días
<input type="radio"/> 4 a 6 veces
<input type="radio"/> 1 a 3 veces
<input type="radio"/> Ningún día |
| 6. La mayoría de las veces almuerzas:
<input type="radio"/> Solo
<input type="radio"/> En compañía de algún familiar | 14. ¿Cuántas veces a la semana desayunas viendo televisión?
<input type="radio"/> Todos los días
<input type="radio"/> 4 a 6 veces
<input type="radio"/> 1 a 3 veces
<input type="radio"/> Ningún día |
| 7. Consideras que el almuerzo lo comes:
<input type="radio"/> Lento
<input type="radio"/> Normal
<input type="radio"/> Rápido | 15. ¿Cuántas veces a la semana almuerzas viendo televisión?
<input type="radio"/> Todos los días
<input type="radio"/> 4 a 6 veces
<input type="radio"/> 1 a 3 veces
<input type="radio"/> Ningún día |
| 8. ¿Cuántas veces a la semana "repites" el almuerzo?
<input type="radio"/> Todos los días
<input type="radio"/> 4 a 6 veces
<input type="radio"/> 1 a 3 veces
<input type="radio"/> Ningún día | |

16. ¿Cuántas veces a la semana cenas viendo televisión?

- O Todos los días
- O 4 a 6 veces
- O 1 a 3 veces
- O Ningún día

17. ¿Cuántas veces a la semana haces una siesta después de almorzar?

- O 5 a 7 veces
- O 1 a 4 veces
- O Nunca

*Siesta: es descansar (sentado o echado) después de almorzar.

18. Por lo general, luego de cenar, ¿cuánto tiempo dejas pasar antes de acostarte?

- O 0 a 15 minutos
- O 16 a 30 minutos
- O 31 minutos a 1 hora
- O 1 a 2 horas
- O 2 horas a más

19. ¿Con qué frecuencia tomas gaseosa?

- O Todos los días
- O 4 a 6 veces a la semana
- O 1 a 3 veces a la semana
- O 1 a 3 veces al mes
- O Nunca

20. ¿Con qué frecuencia comes snacks (papitas o chizitos o tortees, etc)?

- O Todos los días
- O 4 a 6 veces a la semana
- O 1 a 3 veces a la semana
- O 1 a 3 veces al mes
- O Nunca

21. ¿Con qué frecuencia comes hamburguesas?

- O Todos los días
- O 4 a 6 veces a la semana
- O 1 a 3 veces a la semana
- O 1 a 3 veces al mes
- O Nunca

22. ¿Con qué frecuencia comes pollo broaster?

- O Todos los días
- O 4 a 6 veces a la semana
- O 1 a 3 veces a la semana
- O 1 a 3 veces al mes
- O Nunca

23. ¿Con qué frecuencia comes 'salchipapas'?

- O Todos los días
- O 4 a 6 veces a la semana
- O 1 a 3 veces a la semana
- O 1 a 3 veces al mes
- O Nunca

24. ¿Agregas sal a tus comidas una vez servidas?

- O No, nunca.
- O Sí, siempre o casi siempre.

25. ¿Cuántas frutas comes al día?


- O 5 a más
- O 3 a 4
- O 1 a 2
- O No como frutas a diario

26. ¿Cuántas porciones de verduras comes al día?

- O 3 a más
- O 1 a 2
- O No como verduras a diario

ANEXO N°09

TABLA INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA EDAD SEGÚN OMS 2007 (MI PESO MUJERES 5-19 AÑOS)



Yo evalúo si mi peso es saludable...

- Mido mi peso y talla.
- Calculo mi Índice de Masa Corporal (IMC).
IMC = peso (kg) / talla (m) / talla (m).
- Si tengo de 10 a 16 años evalúo mi edad biológica en el cuadro 1. Si mi edad y edad biológica difieren de un año a más, utilizare mi edad biológica para evaluar mi peso.
- Ubico mi edad en la tabla 1 y comparo el IMC obtenido con los valores que aparecen en el recuadro.

MI PESO ES SALUDABLE SI SE ENCUENTRA ENTRE LAS COLUMNAS "NORMAL".

Tabla 1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) para EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN								
	Delgadez < 2DE	NORMAL			Obesidad > 2 DE				
	< -3DE	≥ -3DE	≥ -2 DE	-1DE	Med	1 DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE

> mayor, < menor, ≥ mayor o igual, ≤ menor o igual
 * Delgadez severa
 ** Alerta, evaluar riesgo de delgadez
 *** Evaluar riesgo de sobrepeso
 Cualquier cambio de columna de crecimiento entre -2 y 1 DE debe ser motivo de consejería nutricional a fin de prevenir malnutrición.

Cuadro 1. EDAD BIOLÓGICA

Si tengo 10 a 16 años, determino mi edad biológica a través de los estadios Tanner.

Evalúo mi desarrollo genital, comparo y selecciono la imagen y edad biológica correspondiente.

Si mi edad y edad biológica difieren de un año a o mas, utilizo mi edad biológica para evaluar si mi peso es normal.

ESTADIOS TANNER		
Estadio	Descripción	Edad
I	No hay cambios o ligera elevación del pezón	< 10 a 6
II	Aparece el botón mamario, crecimiento de las mamas	12 a 6
III	Mama en forma de cono, se inicia crecimiento del pezón	11 a
IV	Crecimiento del pezón y areola, doble contorno	12 a
V	Mama adulta, pezón elevado	12 a 8 m

@medicostorno PREVENCIÓN
 e-mail: nut@costo@hotmail.com | nutricos@yaho.com
 Cel: 9800 30065
 Av. Losmorales 604, Lima 19 - Perú
 Hecho en Desplazo Legal en la Biblioteca Nacional N° 2011-13623

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

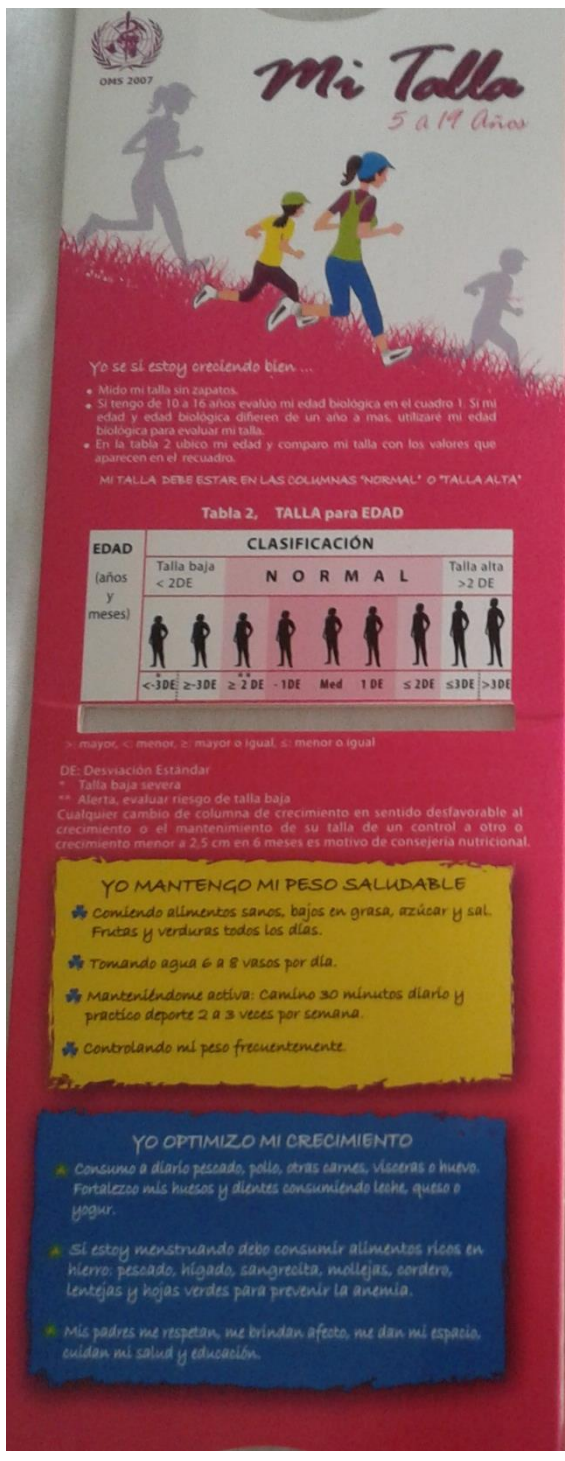
IMC = Peso (kg) / Talla (m) / Talla (m)

EDAD (años y meses)	IMC = Peso (kg) / Talla (m) / Talla (m)								
	Delgadez < 2DE	N	O	R	M	A	L	Sobrepeso > 2DE	Obesidad > 3DE
	< 16,8	16,8	17,0	17,2	17,5	17,8	18,0	18,5	> 18,5
5a	11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	21,3		
5a 3m	11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	21,5		
5a 6m	11,7	12,7	13,9	15,2	16,9	19,0	21,7		
5a 9m	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,1	21,9		
6a	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,2	22,1		
6a 3m	11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,3	22,4		
6a 6m	11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,5	22,7		
6a 9m	11,7	12,7	13,9	15,4	17,2	19,6	23,0		
7a	11,8	12,7	13,9	15,4	17,3	19,8	23,3		
7a 3m	11,8	12,8	14,0	15,5	17,4	20,0	23,6		
7a 6m	11,8	12,8	14,0	15,5	17,5	20,1	24,0		
7a 9m	11,8	12,8	14,1	15,6	17,6	20,3	24,4		
8a	11,9	12,9	14,1	15,7	17,7	20,6	24,8		
8a 3m	11,9	12,9	14,2	15,8	17,9	20,8	25,2		
8a 6m	12,0	13,0	14,3	15,9	18,0	21,0	25,6		
8a 9m	12,0	13,1	14,3	16,0	18,2	21,3	26,1		
9a	12,1	13,1	14,4	16,1	18,3	21,5	26,5		
9a 3m	12,2	13,2	14,5	16,2	18,5	21,8	27,0		
9a 6m	12,2	13,3	14,6	16,3	18,7	22,0	27,5		
9a 9m	12,3	13,4	14,7	16,5	18,8	22,3	27,9		
10a	12,4	13,5	14,8	16,6	19,0	22,6	28,4		
10a 3m	12,5	13,6	15,0	16,8	19,2	22,8	28,8		
10a 6m	12,5	13,7	15,1	16,9	19,4	23,1	29,3		
10a 9m	12,6	13,8	15,2	17,1	19,6	23,4	29,7		
11a	12,7	13,9	15,3	17,2	19,9	23,7	30,2		
11a 3m	12,8	14,0	15,5	17,4	20,1	24,0	30,6		
11a 6m	12,9	14,1	15,6	17,6	20,3	24,3	31,1		
11a 9m	13,0	14,3	15,8	17,8	20,6	24,7	31,5		
12a	13,2	14,4	16,0	18,0	20,8	25,0	31,9		
12a 3m	13,3	14,5	16,1	18,2	21,1	25,3	32,3		
12a 6m	13,4	14,7	16,3	18,4	21,3	25,6	32,7		
12a 9m	13,5	14,8	16,4	18,6	21,6	25,9	33,1		
13a	13,6	14,9	16,6	18,8	21,8	26,2	33,4		
13a 3m	13,7	15,1	16,8	19,0	22,0	26,5	33,8		
13a 6m	13,8	15,2	16,9	19,2	22,3	26,8	34,1		
13a 9m	13,9	15,3	17,1	19,4	22,5	27,1	34,4		
14a	14,0	15,4	17,2	19,6	22,7	27,3	34,7		
14a 3m	14,1	15,6	17,4	19,7	22,9	27,6	34,9		
14a 6m	14,2	15,7	17,5	19,9	23,1	27,8	35,1		
14a 9m	14,3	15,8	17,6	20,1	23,3	28,0	35,4		
15a	14,4	15,9	17,8	20,2	23,5	28,2	35,5		
15a 3m	14,4	16,0	17,9	20,4	23,7	28,4	35,7		
15a 6m	14,5	16,0	18,0	20,5	23,8	28,6	35,8		
15a 9m	14,5	16,1	18,1	20,6	24,0	28,7	36,0		
16a	14,6	16,2	18,2	20,7	24,1	28,9	36,1		
16a 3m	14,6	16,2	18,2	20,8	24,2	29,0	36,1		
16a 6m	14,7	16,3	18,3	20,9	24,3	29,1	36,2		
16a 9m	14,7	16,3	18,4	21,0	24,4	29,2	36,3		
17a	14,7	16,4	18,4	21,0	24,5	29,3	36,3		
17a 3m	14,7	16,4	18,5	21,1	24,6	29,4	36,3		
17a 6m	14,7	16,4	18,5	21,2	24,6	29,4	36,3		
17a 9m	14,7	16,4	18,5	21,2	24,7	29,5	36,3		
18a	14,7	16,4	18,6	21,3	24,8	29,5	36,3		
18a 3m	14,7	16,5	18,6	21,3	24,8	29,6	36,3		
18a 6m	14,7	16,5	18,6	21,3	24,9	29,6	36,2		
18a 9m	14,7	16,5	18,7	21,4	24,9	29,6	36,2		
19a	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2		
19a 3m	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2		
19a 6m	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2		
19a 9m	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2		

Fuente: OMS 2007
http://www.who.int/growthref/bmi/fn_bjyo_5_19years_z.pdf

ANEXO N°10

TABLA TALLA PARA EDAD SEGÚN OMS 2007 (MI TALLA MUJERES 5-19 AÑOS)



Yo se si estoy creciendo bien ...

- Mido mi talla sin zapatos.
- Si tengo de 10 a 16 años evalúo mi edad biológica en el cuadro 1. Si mi edad y edad biológica difieren de un año a mas, utilizare mi edad biológica para evaluar mi talla.
- En la tabla 2 ubico mi edad y comparo mi talla con los valores que aparecen en el recuadro.

MI TALLA DEBE ESTAR EN LAS COLUMNAS "NORMAL" O "TALLA ALTA"

Tabla 2. TALLA para EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN								
	Talla baja < 2DE	N O R M A L					Talla alta > 2 DE		
	<-3DE	≥-3DE	≥ 2 DE	-1DE	Med	1 DE	≤ 2DE	≤3DE	>3DE

> mayor, < menor, = mayor o igual, ≤ menor o igual

DE: Desviación Estándar
* Talla baja severa
** Alerta, evaluar riesgo de talla baja
Cualquier cambio de columna de crecimiento en sentido desfavorable al crecimiento o el mantenimiento de su talla de un control a otro o crecimiento menor a 2,5 cm en 6 meses es motivo de consejería nutricional.

YO MANTENGO MI PESO SALUDABLE

- Comiendo alimentos sanos, bajos en grasa, azúcar y sal. Frutas y verduras todos los días.
- Tomando agua 6 a 8 vasos por día.
- Manteniéndome activa: Camino 30 minutos diario y practico deporte 2 a 3 veces por semana.
- Controlando mi peso frecuentemente.

YO OPTIMIZO MI CRECIMIENTO

- Consumo a diario pescado, pollo, otras carnes, vísceras o huevo. Fortalezco mis huesos y dientes consumiendo leche, queso o yogur.
- Si estoy menstruando debo consumir alimentos ricos en hierro: pescado, hígado, sangrecita, mollejas, cordero, lentejas y hojas verdes para prevenir la anemia.
- Mis padres me respetan, me brindan afecto, me dan mi espacio, cuidan mi salud y educación.

TALLA para EDAD

EDAD (años y meses)	TALLA (cm)									
	N O R M A L									
	Talla baja < 2 DE	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1DE	2DE	3DE	Talla alta > 2DE	>3DE
5a	95,3	100,1	104,8	109,6	114,4	119,1	123,9			
5a 3m	96,1	101,0	105,8	110,6	115,5	120,3	125,2			
5a 6m	97,4	102,3	107,2	112,2	117,1	122,0	127,0			
5a 9m	98,6	103,6	108,6	113,7	118,7	123,7	128,8			
6a	99,8	104,9	110,0	115,1	120,2	125,4	130,5			
6a 3m	100,9	106,1	111,3	116,6	121,8	127,0	132,2			
6a 6m	102,1	107,4	112,7	118,0	123,3	128,6	133,9			
6a 9m	103,2	108,6	114,0	119,4	124,8	130,2	135,5			
7a	104,4	109,9	115,3	120,8	126,3	131,7	137,2			
7a 3m	105,6	111,1	116,7	122,2	127,8	133,3	138,9			
7a 6m	106,8	112,4	118,0	123,7	129,3	134,9	140,6			
7a 9m	108,0	113,7	119,4	125,1	130,8	136,5	142,3			
8a	109,2	115,0	120,8	126,6	132,4	138,2	143,9			
8a 3m	110,4	116,3	122,1	128,0	133,9	139,8	145,7			
8a 6m	111,6	117,6	123,5	129,5	135,5	141,4	147,4			
8a 9m	112,9	118,9	125,0	131,0	137,0	143,1	149,1			
9a	114,2	120,3	126,4	132,5	138,6	144,7	150,8			
9a 3m	115,5	121,6	127,8	134,0	140,2	146,4	152,6			
9a 6m	116,8	123,0	129,3	135,5	141,8	148,1	154,3			
9a 9m	118,1	124,4	130,8	137,1	143,4	149,7	156,1			
10a	119,4	125,8	132,2	138,6	145,0	151,4	157,8			
10a 3m	120,8	127,3	133,7	140,2	146,7	153,1	159,6			
10a 6m	122,2	128,7	135,3	141,8	148,3	154,8	161,4			
10a 9m	123,6	130,2	136,8	143,4	150,0	156,6	163,1			
11a	125,1	131,7	138,3	145,0	151,6	158,3	164,9			
11a 3m	126,5	133,2	139,9	146,6	153,3	160,0	166,7			
11a 6m	127,9	134,7	141,4	148,2	154,9	161,7	168,4			
11a 9m	129,3	136,1	142,9	149,7	156,5	163,3	170,1			
12a	130,7	137,6	144,4	151,2	158,1	164,9	171,8			
12a 3m	132,0	138,9	145,8	152,7	159,5	166,4	173,3			
12a 6m	133,3	140,2	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7			
12a 9m	134,5	141,4	148,3	155,2	162,2	169,1	176,0			
13a	135,6	142,5	149,4	156,4	163,3	170,3	177,2			
13a 3m	136,5	143,5	150,4	157,4	164,3	171,3	178,2			
13a 6m	137,4	144,4	151,3	158,3	165,3	172,2	179,2			
13a 9m	138,2	145,2	152,1	159,1	166,0	173,0	179,9			
14a	139,0	145,9	152,8	159,8	166,7	173,7	180,6			
14a 3m	139,6	146,5	153,5	160,4	167,3	174,2	181,2			
14a 6m	140,1	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7	181,6			
14a 9m	140,6	147,5	154,4	161,3	168,2	175,1	182,0			
15a	141,0	147,9	154,8	161,7	168,5	175,4	182,3			
15a 3m	141,4	148,2	155,1	162,0	168,8	175,7	182,5			
15a 6m	141,7	148,5	155,4	162,2	169,0	175,9	182,7			
15a 9m	141,9	148,7	155,6	162,4	169,2	176,0	182,8			
16a	142,2	148,9	155,7	162,5	169,3	176,1	182,9			
16a 3m	142,3	149,1	155,9	162,6	169,4	176,2	182,9			
16a 6m	142,5	149,2	156,0	162,7	169,5	176,2	182,9			
16a 9m	142,6	149,4	156,1	162,8	169,5	176,2	182,9			
17a	142,8	149,5	156,2	162,9	169,5	176,2	182,9			
17a 3m	142,9	149,6	156,2	162,9	169,6	176,3	182,9			
17a 6m	143,0	149,7	156,3	163,0	169,6	176,3	182,9			
17a 9m	143,1	149,8	156,4	163,0	169,6	176,3	182,9			
18a	143,2	149,8	156,5	163,1	169,7	176,3	182,9			
18a 3m	143,3	149,9	156,5	163,1	169,7	176,3	182,9			
18a 6m	143,4	150,0	156,6	163,1	169,7	176,3	182,9			
18a 9m	143,5	150,0	156,6	163,1	169,7	176,3	182,8			
19a	143,5	150,1	156,6	163,2	169,7	176,2	182,8			
19a 3m	143,5	150,1	156,6	163,2	169,7	176,2	182,8			
19a 6m	143,5	150,1	156,6	163,2	169,7	176,2	182,8			
19a 9m	143,5	150,1	156,6	163,2	169,7	176,2	182,8			

Fuente: OMS 2007
http://www.who.int/growthref/bnifa_boys_5_19years_z.pdf