

***Calidad de vida relacionada con la salud: autopercepción corporal, bienestar físico y aceptación social, en los/las adolescentes según estado nutricional.***

Trabajo de investigación para la Licenciatura en Nutrición

Nº de tesis: 1376

Alumnas: Herrera María Luz.

Jiménez Romina Julieta.

Directora: Mamondi, Verónica.

Tribunal:

Lic. Mamondi, Verónica.

Lic. Sartor, Sandra.

Lic. Pedernera, Cristian.

Fecha:

Calificación:

**Art. 28°:** *Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.*

A mi familia por el apoyo y por hacer posible ésta meta.  
A mis amigos y amigas por estar siempre presentes. A mi novio por apoyarme, incentivar  
y acompañarme.  
A mis compañeras y amigas de la carrera por hacer de ésta etapa un hermoso recuerdo.  
A Romi, mi amiga y compañera de tesis por su paciencia, alegrías y compañía durante  
tantos años.  
A nuestra directora por guiarnos y por su predisposición a lo largo del desarrollo de la tesis.  
A los participantes por su colaboración en la realización del proyecto.

Maria Luz

Gracias a mi papá, mamá y hermanos que son lo más importante que tengo en la vida, que aun que nos separen muchos kilómetros, los sentí cerca cada día. A mi novio por ser incondicional.

A mi hermana y amigas que hicieron de éste camino una hermosa experiencia.  
A mi amiga Lu por todos los lindos momentos que pasamos a lo largo de la carrera y en la realización de la tesis.

A la profe Vero por su gran predisposición y acompañamiento en el desarrollo del trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional de Córdoba y sus docentes por sus aportes a mi formación tanto profesional como personal.

Romi

**Área Temática:** Epidemiología y Salud Pública.

**Autoras:** Herrera María Luz – Jiménez Romina Julieta.

**Introducción:** La adolescencia es una etapa de transición a la adultez, iniciada con los cambios puberales y caracterizada por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que permite una evaluación más holística de la salud de los adolescentes. En adolescentes con sobrepeso y obesidad se ha observado CVRS más desfavorable que en aquellos sin exceso de peso.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre la autopercepción corporal, el bienestar físico y la aceptación social con el estado nutricional según el sexo en adolescentes de 2° año que asisten a escuelas provinciales de la ciudad de Córdoba en el año 2018.

**Materiales y Métodos:** estudio descriptivo, observacional de corte transversal en una muestra por conveniencia participantes del proyecto marco "Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud, estado nutricional y rendimiento académico en la transición de la infancia a la adolescencia". La medición de las dimensiones de CVRS se realizó mediante la versión argentina del cuestionario KIDSCREEN-52. Se tomaron medidas antropométricas. Para el análisis de datos se aplicó estadística descriptiva según naturaleza de las variables y prueba de comparación de medias para valorar relación entre CVRS y estado nutricional según sexo, tomando un valor  $p < 0,05$  como significativo. Se utilizó el software libre P.S.P.P para Windows versión 0.10.1.

**Resultados:** Participaron 134 adolescentes. El 7,52% de la muestra presentó riesgo de bajo peso; el 49,62% normopeso, el 24,81% sobrepeso, mientras que el 18,05% obesidad. Las diferencias encontradas entre la CVRS y el estado nutricional no fueron estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

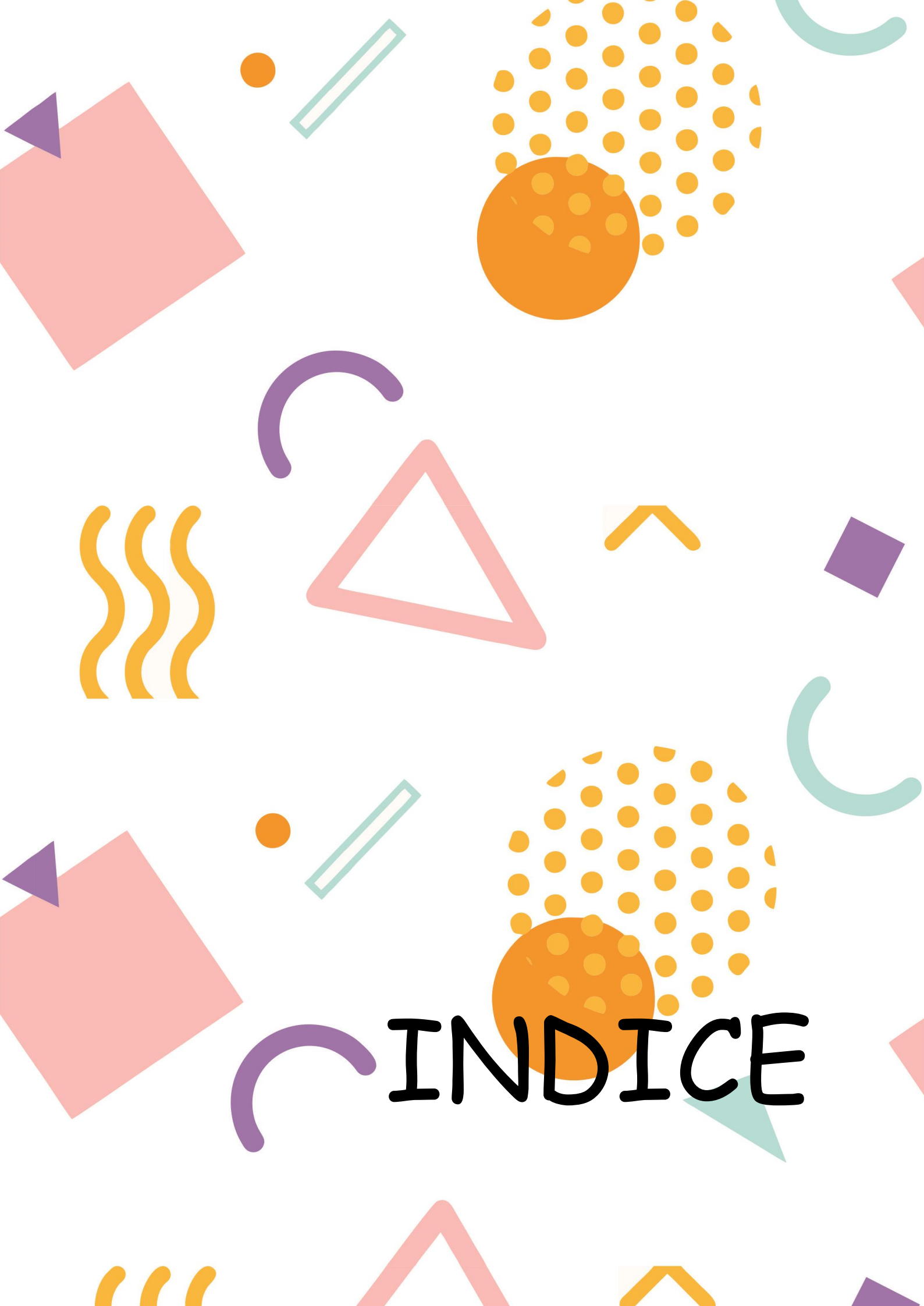
**Autopercepción:** las medias, en varones, fueron de 56,80 en riesgo de bajo peso, normopeso 55,88; 50,14 de sobrepeso y 52,15 de obesidad. En mujeres fueron de 44,15 en riesgo de bajo peso, normopeso 52,04, sobrepeso fue de 47,12 y obesidad de 48,91.

**Bienestar físico:** Las puntuaciones medias obtenidas en varones fueron de 48,86 en riesgo de bajo peso, normopeso 50,12, y de 45,68 y 47,37 en sobrepeso y obesidad respectivamente. En mujeres, 45,28 en riesgo de bajo peso, en aquellos con estado nutricional normal 46,33, y de 43,80 y 45,25 en sobrepeso y obesidad respectivamente.

**Aceptación social:** Las puntuaciones medias en varones fueron de 51,99 en riesgo de bajo peso, normopeso 46,87, de 42,39 sobrepeso y 39,66 obesidad. En mujeres las medias fueron de 37,83 en riesgo de bajo peso, normopeso 45,05; 46,09 en sobrepeso y 44,61 en obesidad.

**Conclusión:** Las mujeres obtuvieron menor puntuación en autopercepción corporal en relación a los varones, las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. Para ambos sexos las puntuaciones medias empeoran en aquellos/aquellas con exceso de peso. En la dimensión de bienestar físico, las mujeres percibieron peor bienestar en comparación con los varones. A pesar de que no hubo diferencias estadísticamente significativas los/as adolescentes con obesidad percibieron peor bienestar en comparación con adolescentes sin exceso de peso. En la aceptación social las puntuaciones medias no fueron estadísticamente significativas según el sexo. Sin embargo, en los adolescentes la puntuación fue menor en aquellos con exceso de peso, no así las mujeres, en las cuales la puntuación emperó a medida que disminuyó el peso corporal.

**Palabras claves:** Estado nutricional – adolescentes - imagen corporal - aceptación social - bienestar físico.



# INDICE

<b>1) INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2) PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: .....</b>	<b>9</b>
<b>3) OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
3.1 Objetivo general:.....	10
3.2 Objetivos específicos: .....	10
<b>4) MARCO TEÓRICO:.....</b>	<b>11</b>
4.1 Adolescencia: .....	11
<i>Etapas de la adolescencia: .....</i>	<i>11</i>
4.2 Estado Nutricional: .....	12
<i>Factores que influyen en el estado nutricional: .....</i>	<i>12</i>
<i>Malnutrición: .....</i>	<i>15</i>
<i>Prevalencia:.....</i>	<i>15</i>
4.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud: .....	16
<b>4.4 BIENESTAR FÍSICO:</b> .....	17
<b>4.5 IMAGEN CORPORAL</b> .....	18
<i>Autopercepción de la imagen corporal.....</i>	<i>21</i>
<b>4.6 ACEPTACIÓN SOCIAL:</b> .....	22
5 HIPOTESIS .....	25
5.1 Hipótesis: .....	25
5.2 Variables: .....	25
<b>6) DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>26</b>
6.1 Tipo de estudio:.....	26
6.2 Población y muestra: .....	26
6.2.1 Población: .....	26
6.2.2 Muestra:.....	26
6.3 Criterios de inclusión: .....	26
6.4 Criterios de exclusión:.....	26
<b>6.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN: .....</b>	<b>27</b>
<b>6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: .....</b>	<b>30</b>
<b>6.7 PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO: .....</b>	<b>31</b>
<b>6.8 PLAN DE TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS: .....</b>	<b>32</b>
<b>7) CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....</b>	<b>33</b>
<b>8) RESULTADOS: .....</b>	<b>34</b>
8.1 Distribución de la muestra según sexo:.....	34

8.2 Distribución de la muestra por Edad:.....	35
8.3 Distribución de la muestra según el estado nutricional: .....	36
8.4 Comparación de estado nutricional según sexo: .....	37
8.5 Comparación de medias de la autopercepción corporal según sexo:.....	38
8.6 Comparación de medias del bienestar físico según sexo:.....	39
8.7 Comparación de medias de la aceptación social según sexo: .....	40
8.8 Comparación de medias e intervalos de confianza de la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo: .....	41
8.9 Comparación de medias e intervalo de confianza del bienestar físico según estado nutricional y sexo: .....	43
8.10 Comparación de medias e intervalo de confianza de la aceptación social según estado nutricional y sexo: .....	45
9) <i>DISCUSIÓN</i> : .....	48
10) <i>CONCLUSIÓN</i> : .....	53
<i>ANEXOS</i> .....	55
12) <i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> :.....	83

## 1) INTRODUCCIÓN:

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones; por lo que no es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1)

El estado nutricional de un individuo o grupos de individuos es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas del mismo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. (2) Una nutrición adecuada es fundamental para una buena salud, así como una mala nutrición puede reducir la inmunidad del organismo, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (3)

La malnutrición se define como la nutrición deficiente o desequilibrada a causa de una dieta pobre o excesiva; es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de la morbilidad. (4)

El aumento de sobrepeso y obesidad en todo el mundo es uno de los principales desafíos para la salud pública. Personas de todas las edades y condiciones se enfrentan a este tipo de malnutrición a consecuencia de la cual están aumentando vertiginosamente las tasas de diabetes, de enfermedades cardiovasculares y de otras enfermedades relacionadas con el régimen alimentario. (5) Como así también puede afectar la salud psicológica y la adaptación social disminuyendo la calidad de vida de los niños y adolescentes.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que han ido adquiriendo particular relevancia como indicador de salud, dado que permite una evaluación más holística de la salud de los adolescentes, es decir, informa sobre cómo repercute el estado de salud-enfermedad en el ámbito físico, psicológico, social y escolar. Además de predecir la utilización de los servicios de atención primaria. Por lo que se considera una herramienta para la toma de decisiones. (6)

La CVRS del obeso está afectada en distintos aspectos, entre ellos se encuentran problemas relacionados con el exceso de grasa corporal, que condicionan tanto problemas físicos (alteración del rendimiento físico), como mentales (alteración de la autoestima, depresión) o sociales (alteración de la relación con los demás, integración social, relaciones sexuales, etc.) (7)

En cuanto al aspecto físico, diferentes estudios internacionales observaron que los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tenían CVRS más desfavorable que aquellos sanos y que el incremento del índice de masa corporal (IMC) afectaba fundamentalmente el dominio de rendimiento físico y social de la CVRS de niños y adolescentes. Además hallazgos de un estudio español en niños y adolescentes mostraron que la mayor frecuencia de actividad física de niños y adolescentes se relaciona con un mejor autoconcepto del estado de salud mental y condición física. (8)

Un estudio realizado en la Ciudad de Córdoba reveló que los varones y las mujeres con obesidad presentaban menor bienestar físico que sus pares sin exceso de peso. Estos resultados fueron consistentes con otros estudios realizados a nivel internacional que utilizaron el mismo instrumento de medición de CVRS y el mismo criterio de clasificación de la obesidad. (9)

Con respecto a la percepción de la imagen corporal, distintos autores señalan que es frecuente que las personas obesas se encuentren crónicamente insatisfechas, de manera tal que esto las lleve a un deterioro importante de su calidad de vida y, por ende, al desarrollo de patologías crónicas. (10) A su vez señalan que las personas obesas no se encuentran satisfechas con su apariencia física, lo que las lleva a subestimarse y a percibir su cuerpo de manera inferior al de otras personas. (11)

La insatisfacción con la propia imagen, de acuerdo como lo señalan algunos autores, es una condición en la que influyen muchos factores, entre ellos, el entorno, quien ejerce presión al establecer ciertos modelos de belleza y éxito social.

Los adolescentes victimizados en la escuela se perciben a sí mismos más negativamente en los dominios social y emocional de la autoestima, en comparación con los agresores. En este sentido, investigaciones previas señalan que las víctimas de violencia escolar suelen presentar desórdenes emocionales como estrés,



ansiedad y síntomas depresivos así como problemas de aislamiento, exclusión social en la escuela y dificultades para integrarse socialmente en el grupo de compañeros. (12)

En un estudio realizado en adolescentes entre 14 y 18 años con sobrepeso y obesidad en Estados Unidos de América, el 64% de los participantes presentaban “bullying” en la escuela, y el riesgo de presentarlo aumentaba con el peso corporal. La mayoría de los participantes sufrían “bullying” permanente por 1 año (78%), y el 36%) se burlaban o eran intimidados hasta por 5 años. El “bullying” se mostró con mayor frecuencia en la forma de burlas verbales (75% - 88%), victimización relacional (74% - 82%), “cyberbullying” (59% - 61%), y la agresión física (33% - 61%). (13)

La importancia del presente estudio se debe a la posibilidad de analizar separadamente distintos componentes de CVRS (bienestar físico, aceptación social y autopercepción de la imagen corporal) y cómo se relacionan al estado nutricional actual de los adolescentes. Esto se debe a que diferentes estudios han demostrado que éste último puede influir de manera negativa en ciertas dimensiones de la CVRS.

Al ser la adolescencia un periodo de transición y adaptación a cambios resulta fundamental la realización de intervenciones con el fin de mejorar el estado de salud actual y prevenir riesgos a futuro.

El mismo se enmarca en el proyecto “Trayectorias de Calidad de vida relacionada con la salud, estado nutricional y rendimiento académico en la transición de la infancia a la adolescencia”. Dicho estudio se inició en 2014 en cuarto grado de escuelas primarias municipales de la ciudad de Córdoba. En 2016 (sexto grado) se preguntó a los escolares a qué escuela secundaria irían. El Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba otorgó su aval y facilitó la información que actualmente se está utilizando para localizarlos/as. En el marco de este proyecto se pretende continuar el seguimiento de 178 adolescentes que concurren a 14 Institutos Provinciales de Enseñanza Media (IPEM) e Institutos Provinciales de Enseñanza Técnica (IPET).

## **2) PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:**

Las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud: autopercepción corporal, bienestar físico y la aceptación social; ¿se encuentran asociadas al estado nutricional, según el sexo, en los y las adolescentes de 2° año que asisten a escuelas provinciales de la ciudad de Córdoba en el año 2018?

### **3) OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general:**

Evaluar la relación entre la autopercepción de la imagen corporal, el bienestar físico y la aceptación social con el estado nutricional según el sexo en los y las adolescentes de 2° año que asisten a Institutos Provinciales de Enseñanza Media (IPEM) e Institutos Provinciales de Enseñanza Técnica (IPET) de la ciudad de Córdoba en el año 2018.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Describir las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud (autopercepción de la imagen corporal, bienestar físico y aceptación social) según sexo.
- Determinar el estado nutricional según el sexo.
- Establecer si existen diferencias entre las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud (autopercepción corporal, bienestar físico y aceptación social) según el estado nutricional y el sexo.

#### 4) MARCO TEÓRICO:

##### 4.1 Adolescencia:

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones; por lo que no es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1)

##### Etapas de la adolescencia:

Todo este proceso se va desarrollando en el transcurso de tres etapas, no necesariamente bien diferenciadas:

- Adolescencia temprana: que abarca los 10 a los 13 años.
- Adolescencia media: desde los 14 a los 16 años.
- Adolescencia tardía: que se extiende desde los 17 hasta los 19 años aproximadamente. (14)

Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad-adolescencia abarca principalmente tres aspectos:

- Dimorfismo o maduración sexual: Rápido crecimiento propio de esta etapa y desarrollo de las características sexuales secundarias se apoyan en los cambios endocrinos. (14)

En las mujeres los principales cambios son: desarrollo de los senos, menarca y aparición de vello púbico y axilar. (14)

En los varones se observa un desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (genitales externos, vello púbico, axilar y facial, y cambios en la voz), desarrollo testicular y eyaculación. (14)

- Aceleración del crecimiento lineal: Después del periodo de crecimiento estable de las etapas preescolar y escolar se produce un brote de crecimiento rápido, paralelos a los cambios hormonales. El promedio de crecimiento en altura desde el inicio del brote es de unos 25 cm en las chicas y 28 cm en los varones. Esta aceleración del crecimiento tiene lugar más precozmente en las chicas. A su vez, en esta etapa, se produce la maduración ósea. (14)
- Cambios en la composición corporal: Meses después del crecimiento lineal se produce un incremento ponderal como consecuencia de cambios en la composición corporal que implican particularmente a la masa grasa (especialmente en las chicas), y a la masa muscular (especialmente en los chicos), cambiando también las proporciones óseas y su contenido mineral. (14)

#### **4.2 Estado Nutricional:**

El estado nutricional de un individuo o grupos de individuos es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas del mismo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. Una nutrición adecuada es fundamental para una buena salud, así como una mala nutrición puede reducir la inmunidad del organismo, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (2, 3)

#### Factores que influyen en el estado nutricional:

El estado nutricional es el resultado de una compleja interacción de múltiples factores condicionantes interrelacionados e interdependientes. Esta compleja interacción depende de los elementos de la tríada ecológica (agente, huésped, ambiente).

- Factores del agente causal:

-Formas químicas de los nutrientes en los alimentos: Algunos nutrientes no están presentes en los alimentos, sino sus precursores que posteriormente el organismo lo transformará en nutriente. Otras veces la composición química del nutriente está alterada, lo cual impide su adecuada utilización.

-Interferencia en la utilización de nutrientes contenido en los alimentos: Ciertos alimentos contienen diversos compuestos químicos que interfieren en la utilización de nutrientes esenciales. Otras veces la presencia de sustancias interferentes que aumentan los requerimientos de algún nutriente inhibiendo su absorción.

-Desequilibrio de los nutrientes: La deficiencia de un nutriente puede inhibir la función de otro que también se está deficiente.

- Factores del huésped:

-Edad, sexo y raza: Algunas deficiencias nutricionales muestran cierta preferencia por determinadas edades por ejemplo; la desnutrición proteico-calórica, el raquitismo o la deficiencia de vitamina A, son más frecuentes en niños en crecimiento, en los que están aumentados los requerimientos nutricionales. Ciertos factores inherentes al sexo tienen influencia en la distribución de la malnutrición por deficiencia. También la raza puede influir en la aparición de enfermedades carenciales.

- Biológicos: Los agentes infecciosos siempre empeoran la desnutrición concomitantes, así como la desnutrición reduce la resistencia de infecciones, a esta acción recíproca se puede añadir que la prevalencia de agentes infecciosos afecta el consumo de alimentos, disminuye el apetito y cambia la dieta.

-Estado fisiológico: Los requerimientos de nutrientes están aumentados en ciertos períodos de la vida (embarazo, lactancia, edad pre escolar, etc.).

-Actividad física: Los requerimientos de nutrientes dependen también del grado de actividad que desarrolla la persona.

-Estados patológicos: Anormalidades fisiológicas y alteraciones patológicas de diversas enfermedades crónicas/degenerativas influyen en la ingestión de alimentos (anorexia, cáncer avanzado y alcoholismo) en la absorción de nutrientes (resecciones intestinales, enfermedades pancreáticas, fístulas intestinales) y en la utilización biológica de los nutrientes (alteraciones metabólicas y endocrinas, como diabetes e hipertiroidismo). En otros estados pueden estar aumentadas las necesidades debido a un excesivo gasto energético (convulsiones, delirio, psicosis) o bien está aumentada la excreción o pérdida de nutrientes (quemados, glucosuria diabética). Otras patologías, como las infecciones, influyen directamente sobre el estado nutricional de las personas y viceversa.

-Aspectos psicológicos: Ciertas condiciones de la persona pueden dificultar la ingesta de los alimentos, como la tristeza, la anorexia nerviosa, la bulimia, las obsesiones, entre otros.

-Hábitos, cultura, costumbres y tradiciones: El consumo de los alimentos está influenciado por los tabúes, costumbres, propagandas, ignorancia, creencias, supersticiones, religiones, métodos de preparar los alimentos seguidos por tradición, hábitos, ignorancia, entre otros.

- Factores del ambiente:

Es difícil diferenciar si algunos de los factores pertenecen al individuo o a su entorno, así como también mencionarlos a todos, por lo que sólo se incluirán los más habituales.

- -Relacionados con la Disponibilidad de alimentos:

- La producción de alimentos: Está relacionada con las condiciones físicas o geográficas (por la calidad y agotamiento de la tierra, topografía, clima, desastres naturales, etc.), biológicas (plagas, riego con aguas contaminadas, enfermedades anormales de las plantas, entre otras), socioeconómicas y culturales (tenencia de la tierra, desarrollo tecnológico, métodos de explotación, mecanización, impuestos, y falta de almacenamiento).

- Distribución de los alimentos: Influyen factores como, la falta de medios de transporte, sistemas de distribución y la escasez.

- Conservación y elaboración de los alimentos: Tales como: los desperdicios pérdidas y deterioro por almacenamiento inadecuado, insectos, roedores que atacan las cosechas y semillas, pérdidas de nutrientes a través de los métodos de cocción y preparación de los alimentos, entre otros.

- Relacionados con los requerimientos nutricionales y consumo del individuo:

- Físicos: Como el clima (las altas temperaturas producen pérdidas de agua y nutrientes por sudor, como sodio, fósforo, magnesio, etc.)

- Factores relacionados con el consumo de alimentos

- Físicos: en climas fríos se incrementa el consumo de grasas y en caliente y tropicales es mayor la ingesta de frutas, verduras crudas y bebidas en general.

- Socioeconómicos y culturales: el aumento del costo de los alimentos, bajos salarios, desempleo, familias numerosas, etc.

- Políticos: factores que afectan a la producción, distribución y consumo de alimentos. (2)

### Malnutrición:

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo. (15)

### Prevalencia:

El aumento de sobrepeso y obesidad en todo el mundo es uno de los principales desafíos para la salud pública. Personas de todas las edades y condiciones se enfrentan a este tipo de malnutrición a consecuencia de la cual están aumentando vertiginosamente las tasas de diabetes, de enfermedades cardiovasculares y de otras enfermedades relacionadas con el régimen alimentario. Como así también



puede afectar la salud psicológica y la adaptación social disminuyendo la calidad de vida de los niños y adolescentes. (5, 6)

En relación con otros países de la región es posible notar que, luego de Chile, Argentina es el país con uno de los niveles más altos de obesidad y de exceso de peso en adolescentes. Es posible observar que países como Perú, Uruguay, Argentina, Chile superan el 20% de prevalencia de exceso de peso lo cual demuestra el carácter regional y global de los problemas de peso corporal. (16) A nivel país la encuesta mundial de salud escolar (EMSE) de 2012 reveló que un 28,6% de los estudiantes de 13 a 15 años del país tienen exceso de peso, del cual 5,9% tienen obesidad. Ambos indicadores resultaron significativamente mayores en varones (35,9% y 8,3% respectivamente), respecto de las mujeres (21,8% y 3,6% respectivamente). Estos datos muestran una tendencia creciente del sobrepeso y la obesidad respecto de la EMSE 2007: se observó un aumento estadísticamente significativo, tanto para sobrepeso como para obesidad, entre la encuesta realizada en el año 2007 y la encuesta del 2012, 17,9% (IC: 15,1-21,2) al 27,8% (IC: 26,2-29,5) y 3,2%. (17)

#### **4.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud:**

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que han ido adquiriendo particular relevancia como indicador de salud, dado que permite una evaluación más holística de la salud de los adolescentes, es decir ,informa sobre cómo repercute el estado de salud-enfermedad en el ámbito físico, psicológico, social y escolar. Además de predecir la utilización de los servicios de atención primaria. Por lo que se considera una herramienta en la toma de decisiones. (6)

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) permite conocer manifestaciones de la salud en múltiples dimensiones y desde la perspectiva de las propias personas. Junto con el estado nutricional y el rendimiento académico, son indicadores de procesos de gran complejidad, determinados multicausalmente por factores biológicos, socioeconómicos, culturales y ambientales; y son, a su vez, determinantes de la salud y de condiciones de vida en el futuro inmediato y en la adultez. El modelo de medición de la CVRS utilizado en esta investigación (KIDSCREEN) se conforma por diez dimensiones: bienestar físico (niveles de

actividad física, energía y condición física), bienestar psicológico (emociones positivas y la satisfacción con la vida), estado de ánimo y emociones (experiencias negativas, estados de ánimo depresivos y sensaciones de estrés), autopercepción (percepción sobre sí mismo/a, apariencia física y satisfacción relacionada con ellos), autonomía (oportunidades en su tiempo de ocio), vida familiar (calidad de relación con los progenitores y atmósfera familiar), relación con las amistades y apoyo social (naturaleza de las relaciones sociales con otras personas de su edad), entorno escolar (percepción sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela), rechazo social (sentimientos de rechazo por parte de los compañeros/as -bullying-) y recursos económicos (percepción sobre la capacidad financiera familiar). (18)

La CVRS del obeso está afectada en distintos aspectos, entre ellos se encuentran problemas relacionados con el exceso de grasa corporal, que condicionan tanto problemas físicos (alteración del rendimiento físico), como mentales (alteración del autoestima, depresión) o sociales (alteración de la relación con los demás, integración social, relaciones sexuales, etc.) (7)

#### **4.4 BIENESTAR FÍSICO:**

El bienestar físico hace referencia al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado/agudeza visual, fortaleza y potencia muscular, coordinación psicomotora, nivel de tolerancia cardiorrespiratoria o muscular y la rapidez de recuperación luego de un esfuerzo físico.

Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel de aptitud física adecuado. (19)

Diferentes estudios internacionales observaron que los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tenían CVRS más desfavorable que aquellos sanos y que el incremento del índice de masa corporal (IMC) afectaba fundamentalmente el dominio de rendimiento físico y social de la CVRS de niños y adolescentes. Además hallazgos de un estudio español en niños y adolescentes mostraron que la mayor frecuencia de actividad física de niños y adolescentes se relaciona con un mejor autoconcepto del estado de salud mental y condición física. (8)

Un estudio realizado en la Ciudad de Córdoba reveló datos sobre la percepción del bienestar físico en niños y niñas. El puntaje promedio en esta dimensión de la salud fue de 53,1. La diferencia de medias entre varones y mujeres fue estadísticamente significativa según T-test, siendo el puntaje más alto en los varones (media: 54,2 y 52,1; en varones y en mujeres respectivamente  $p=0,000$ ).

Al comparar las puntuaciones medias según presencia de sobrepeso y de obesidad se observó menor bienestar físico tanto en los varones como en las mujeres que presentaron esas condiciones que en aquellos sin exceso de peso. Estos resultados fueron consistentes con otros estudios realizados a nivel internacional que utilizaron el mismo instrumento de medición de CVRS y el mismo criterio de clasificación de la obesidad. (9)

#### **4.5 IMAGEN CORPORAL**

La imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal. (20)

##### Componentes de la imagen corporal:

Se distinguen tres componentes interrelacionados; perceptual, cognitivo y conductual.

- El componente perceptual, hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o la subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente.

- El componente cognitivo, incluye sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
- El componente conductual, se refiere a las conductas lícitas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, etc.)

Integrando los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que se tiene de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones hechas y sentidas, y el comportamiento derivado de las cogniciones y los sentimientos experimentados.

#### Formación de la imagen corporal

Los adolescentes dan una gran importancia al propio aspecto físico, jugando un papel clave en la formación de la imagen de sí mismos. Es un elemento que se convierte para la mayoría en la máxima preocupación, ya que constituye un objeto de rechazo por parte de las otras personas si no responde a las expectativas corporales que impone nuestra sociedad. En esta etapa se suelen tener criterios muy idealizados sobre el atractivo y la belleza física, mediatizando las relaciones interpersonales, la aceptación, el deseo, la atracción y hasta el enamoramiento.

#### Factores que influyen en la formación de la imagen corporal

##### Factores internos

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, en el que el cambio de uno de los factores que la componen altera los demás. A lo largo de la vida esta imagen puede ir cambiando hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total. El resultado final dependerá de la interacción de los siguientes factores:

- El propio cuerpo: Se refiere a todos los datos objetivos posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos (que los

órganos funcionen correctamente y que el cuerpo esté sano).

- La percepción del cuerpo: En la formación de la imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creará una imagen positiva y, por el contrario, si tan sólo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria.
- Pensamientos sobre el cuerpo: Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre el propio cuerpo, se puede limitar a los datos objetivos o a juicios de valor.
- Emociones en relación con el cuerpo: Si la percepción y los pensamientos que se tienen sobre uno mismo son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras. Así se pueden sentir síntomas de ansiedad, de depresión, enfado o culpa.

#### Factores externos

La moda, los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales contribuyen a que la delgadez corporal se asocie a prestigio social, belleza, elegancia, aceptación social, estar en forma, búsqueda de la percepción y la juventud. Esto ha hecho que la delgadez se convierta en un fin en sí misma y esta presión se ejerce mayoritariamente sobre las mujeres y se impone a través de:

- Los medios de comunicación social, que hacen posible que el mensaje de la delgadez como ideal de belleza llegue a millones de mujeres y hombres a través del cine, la televisión, fotografías, etc.

- La moda del vestir; presentada por modelos de dimensiones corporales reducidas y la dificultad de encontrar tallas más grandes como si el cuerpo tuviera que adaptarse a la moda.

- La transmisión oral de dietas y el gran número de horas que dedicamos hablar de la gordura o de la delgadez en los distintos grupos a los que pertenecemos: familias, amigos, compañeros.

- La exigencia de una imagen determinada para desarrollar cierto puesto de trabajo

Todos estos factores intervienen y se potencian mutuamente. Los niños llegan a la pubertad habiendo interiorizado y asumido este modelo. Este es un momento crítico de su vida, porque su estructura corporal está cambiando, fundamentalmente está

aumentando de peso y de volumen. Puede ocurrir que su imagen corporal se vea influenciada por esa figura corporal socialmente reconocida. (1)

### Autopercepción de la imagen corporal

Es el modo en el que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto al cuerpo. Si la percepción sobre nuestro propio cuerpo es errónea, muy probablemente también lo serán nuestros pensamientos y sentimientos sobre él. La preocupación excesiva por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días. Cada período de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo. Como consecuencia de esto, la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales. (21, 22, 20)

Una preocupación exagerada por algún efecto imaginario o sobrestimado de la apariencia física puede llevar a la distorsión de la imagen corporal, lo cual conduce, entre otras cosas, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás, no sentirse valorado ni querido debido a la apariencia física; por ello estas personas ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales. “La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre la talla o figura y la realidad observable. La insatisfacción corporal se refiere al disgusto con el propio cuerpo.” De acuerdo a esto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. (23-24) Distintos autores señalan que es frecuente que las personas obesas se encuentren crónicamente insatisfechas, de manera tal que esto las lleve a un deterioro importante de su calidad de vida y, por ende, al desarrollo de patologías crónicas. A su vez señalan que las personas obesas no se encuentran satisfechas con su apariencia física, lo que las lleva a subestimarse y a percibir su cuerpo de manera inferior al de otras personas. (10, 11)

La insatisfacción con la propia imagen, de acuerdo como lo señalan algunos autores, es una condición en la que influyen muchos factores, entre ellos, el entorno, quien ejerce presión al establecer ciertos modelos de belleza y éxito social. (12)

Esto ha sido corroborado por otros estudios. En una muestra de 200 preadolescentes mexicanos se encontró que un porcentaje elevado (50%) estaba insatisfecho con su imagen corporal, impactando los estereotipos de extrema delgadez más en las niñas, lo que provoca que presenten peor autoestima general y corporal y muestran un mayor deseo de estar más delgadas en el futuro. (20)

Las investigaciones que han comparado a niños y pre-adolescentes con adolescentes han indicado que con el paso de los años el problema es aún mayor. Mientras que el 55% de las niñas de 7 a 12 años desean estar más delgadas, en la adolescencia el porcentaje asciende hasta el 80%, presentándose en esta etapa también niveles de autoestima más bajos. (20)

Por tanto, se encuentra que en la adolescencia los problemas de distorsión de la imagen corporal son muy preocupantes, debido a su gran incidencia y a que se mantienen durante largos periodos de tiempo. En esta línea, en un grupo de chicas británicas de 12 a 18 años de edad se ha encontrado que más del 50% deseaba adelgazar, cerca del 60% consideraba que debía de restringir su alimentación o modificar sus hábitos alimentarios y cerca del 20% se encontraba haciendo algún tipo de dieta restrictiva. De hecho, hay un mayor porcentaje de adolescentes insatisfechos con su imagen corporal que satisfechos. (20)

Esto es especialmente relevante en las mujeres, ya que ellas están más influenciadas por los modelos estéticos corporales. Las adolescentes se ven fuertemente condicionadas por los medios de comunicación para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez. Además, la insatisfacción que sufren los hombres es diferente a la de las mujeres, pues la de los primeros se debe a que quieren estar más fuertes, mientras que las mujeres quieren estar más delgadas y toman medidas para cambiar su imagen corporal con el fin de sentirse bien, independientemente del peso real que tengan. (20)

#### **4.6 ACEPTACIÓN SOCIAL:**

Es entendida como el grado en que un niño es querido y aceptado o rechazado en su grupo de iguales, ha llamado poderosamente la atención debido a la importancia que tiene como índice de ajuste y adaptación ya que se constata que la baja aceptación social es un importante factor de riesgo en las edades infantil y

adolescente. Habitualmente se utilizan estrategias sociométricas que permiten determinar el estatus o posición social de cada niño/a en función de las elecciones y rechazos que recibe de sus compañeros y compañeras. A este respecto, se desarrolló un sistema de clasificación que contempla cinco grupos sociométricos:

a) Aceptados: Son los sujetos que tienen alta aceptación y bajo rechazo; reciben muchas elecciones y pocos o ningún rechazo.

b) Rechazados: Son los sujetos que tienen baja aceptación y alto rechazo; reciben muchos rechazos y pocas o ninguna elección.

c) Ignorados: Son los sujetos que tienen baja aceptación y bajo rechazo; reciben pocas o ninguna elección y pocos o ningún rechazo.

d) Controvertidos: Son los sujetos que tienen alta aceptación y alto rechazo; reciben aproximadamente el mismo número de elecciones y de rechazos.

e) Medios: Son los sujetos que tienen aceptación media y/o rechazo medio. (25)

#### Aceptación social en la adolescencia

La adolescencia es un período crítico para la manifestación y el desarrollo de la inteligencia emocional y de las habilidades sociales. Por un lado, los adolescentes han dejado atrás las formas de socialización generalizada de la niñez para relacionarse con sus pares en la búsqueda de comprensión y aceptación social; el entendimiento de lo social se vuelve mucho más complejo, ya que en la adolescencia se abandona el acatamiento pasivo de las normas sociales en favor de un comportamiento más crítico y desafiante de las normas que enfrentan; por otra parte, tienen mayor presión por parte de padres y profesores ya que se espera de ellos comportamientos más elaborados. Entre los problemas más comunes en esta etapa se destacan la ausencia de asertividad, las dificultades en la solución de problemas y la ansiedad para relacionarse con compañeros o compañeras del sexo opuesto.

La aceptación social entre los iguales es un reflejo de un estatus psicométrico producto de las valoraciones sociales, formulado especialmente por los compañeros de grupo frente a diferentes situaciones y contextos. Es un constructo bipolar con distintas intensidades que van desde la popularidad hasta el rechazo social. (26)



Los adolescentes victimizados en la escuela se perciben a sí mismos más negativamente en los dominios social y emocional de la autoestima, en comparación con los agresores. En este sentido, investigaciones previas señalan que las víctimas de violencia escolar suelen presentar desórdenes emocionales como estrés, ansiedad y síntomas depresivos así como problemas de aislamiento, exclusión social en la escuela y dificultades para integrarse socialmente en el grupo de compañeros. (12)

En un estudio realizado en adolescentes entre 14 y 18 años con sobrepeso y obesidad en Estados Unidos de América, el 64% de los participantes padecían “bullying” en la escuela, y el riesgo de padecerlo aumentaba con el peso corporal. La mayoría de los participantes sufrían “bullying” permanente por 1 año (78%), y el 36% se burlaban o eran intimidados hasta por 5 años. El “bullying” se mostró con mayor frecuencia en la forma de burlas verbales (75% - 88%), victimización relacional (74% - 82%), “cyberbullying” (59% - 61%), y la agresión física (33% - 61%). (13)

## **5 HIPOTESIS**

### **5.1 Hipótesis:**

- Las adolescentes tienen menor puntuación de la imagen corporal y bienestar físico que los adolescentes, mientras que la aceptación social es indistinta al sexo.
- Los adolescentes tienen mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad que las adolescentes.
- Los/as adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen menor puntuación en las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (autopercepción de la imagen corporal, bienestar físico y aceptación social) que los/as adolescentes estado nutricional normal.

### **5.2 Variables:**

- Estado nutricional antropométrico (cualitativa ordinal)
- Sexo (cualitativa nominal)
- Autopercepción de la imagen corporal (cuantitativa continua)
- Bienestar físico (cuantitativa continua)
- Aceptación social (cuantitativa continua)

## **6) DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1 Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y correlacional de corte transversal

### **6.2 Población y muestra:**

#### 6.2.1 Población:

La población estuvo conformada por los y las adolescentes que asisten a 13 Institutos Provinciales de Enseñanza Media (IPEM) e Institutos Provinciales de Enseñanza Técnica (IPET).

#### 6.2.2 Muestra:

La muestra fue no probabilística y por conveniencia, la misma quedó compuesta por 134 adolescentes, los cuales participaron del estudio iniciado en 2014, que actualmente asisten a institutos provinciales de Enseñanza Media (IPEM) e institutos Provinciales de Enseñanza Técnica (IPET)

### **6.3 Criterios de inclusión:**

- Haber participado en el año 2014 del proyecto marco.
- Contar con el consentimiento informado del alumno y de sus tutores.

### **6.4 Criterios de exclusión:**

- Alumnos que no hayan participado del proyecto marco en el 2014
- Alumnos que no acepten participar del estudio.
- Quienes no aporten los datos completos para su respectivo análisis.

## 6.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN:

**-Estado nutricional antropométrico:** (cualitativa - ordinal)

Teórica: Es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas de un individuo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas (2)

Empírica: Se evaluó a través del IMC.

IMC: medida antropométrica usada para clasificar a las personas de acuerdo al peso (kilogramos) para la talla (m) en diversas categorías: bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad. Es definido como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (27)

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}} = \text{Kg/m}^2$$

Se categorizó teniendo en cuenta la edad y el sexo, según la referencia de la curva de IMC/Edad, puntuación Z (5 a 19 años), de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS. (28)

Clasificación	IMC (kg/Edad)
	Puntos de corte
Bajo peso	$z < -2$
Normal	$z \geq -1 - \leq 1$
Sobrepeso	$z > 1 - \leq 2$
Obesidad	$z > 2$

**-Sexo:** (Cualitativa - nominal)

Teórica: Condición orgánica, masculina o femenina. (29)

Empírica: Femenino - masculino

**-Autopercepción corporal:** (cuantitativa - continua)

Teórica: La imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que el cuerpo se nos manifiesta. (30)

Empírica: percepción de la apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas (18)

Los ítems de esta dimensión se valoraron según una escala de tipo Liker de 1 al 5. Luego se calculó el puntaje mediante una media estandarizada a 50, con un desvío estándar de 10, de acuerdo a la metodología propuesta por el grupo KIDSCREEN europeo.

**-Bienestar físico:** (cuantitativa - continua)

Teórica: funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel de aptitud física adecuado. (31)

Empírica: actividad física, sensación de energía y de estar físicamente en forma (18)

Los ítems de esta dimensión se valoraron según una escala de tipo Liker de 1 al 5. Luego se calculó el puntaje mediante una media estandarizada a 50, con un desvío estándar de 10, de acuerdo a la metodología propuesta por el grupo KIDSCREEN europeo.

**-Aceptación social:** (cuantitativa - continua)

Teórica: Grado en el que la compañía de una persona es tenida por otros como satisfactoria para el mantenimiento de relaciones estrechas. (32)

Empírica: sensación de rechazo de los/las compañeros/as. (18)

Los ítems de esta dimensión se valoraron según una escala de tipo Liker de 1 al 5. Luego se calculó el puntaje mediante una media estandarizada a 50, con un desvío estándar de 10, de acuerdo a la metodología propuesta por el grupo KIDSCREEN europeo.

## 6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

La medición de las dimensiones de CVRS (autopercepción corporal, bienestar físico y aceptación social) se realizó mediante el cuestionario KIDSCREEN-52, el cual fue desarrollado en Europa para la población de 8 a 18 años y adaptado para la población argentina, con buenos resultados de fiabilidad y validez. (33, 34)

Para valorar el estado nutricional antropométrico se utilizaron los siguientes instrumentos de medición antropométrica:

El peso fue medido a través de una balanza digital con un calibre de 100 gramos. La misma estuvo colocada en el piso y el/la adolescente permaneció de pie, inmóvil en el centro de la plataforma, con el peso del cuerpo distribuido en forma pareja entre ambos pies. Los/las adolescentes se pesaron con la menor ropa posible, sin zapatos, luego se descontó el peso aproximado de la prenda usada.

La talla fue tomada mediante un tallímetro láser, para esto el sujeto se ubicó de manera tal que sus talones, nalgas y cabeza estén en contacto con una superficie vertical. Los talones permanecieron juntos, los hombros relajados y ambos brazos al costado del cuerpo para minimizar la lordosis; y la cabeza en una posición tal que la línea de visión sea perpendicular al eje vertical del cuerpo. Se le pidió al adolescente que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire, haciéndose lo más alto posible. Se colocó la superficie horizontal del tallímetro sobre la cabeza del sujeto, y se realizó la lectura. (2, 35)

Las mediciones antropométricas se realizaron en una sala de la escuela, en horario escolar.

## 6.7 PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO:

Se contó con la autorización de la Subdirección de Promoción Social y de la Salud del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. El equipo de investigación dispuso de un manual de trabajo de campo que incluyó los procedimientos del estudio en las escuelas y se adaptó a las particularidades del trabajo a realizar cada año. El manual incluyó los datos de las escuelas seleccionadas, orientaciones acerca de las tareas a realizar en cada escuela, instrucciones sobre la preparación de cada fase del trabajo (contactos con autoridades, visitas a las escuelas, administración y carga de datos), carteles informativos, instructivos detallados para la administración de cuestionarios, planillas necesarias para registros y resúmenes del trabajo de campo. Las personas involucradas en el trabajo de campo recibieron entrenamiento sobre la base del protocolo de investigación y del manual, con especial atención a la administración guiada de los cuestionarios, para evitar que se produzcan influencias en las respuestas. En el trabajo de campo participaron miembros del equipo de investigación, estudiantes de grado y posgrado que realizaban sus trabajos de graduación en líneas del estudio y se contrató personal para algunas tareas particulares. A las madres, padres o tutores se les envió el material en un sobre por intermedio de los/las adolescentes. La administración de cuestionarios se realizó en el aula o en otro espacio apropiado, de forma guiada por personal entrenado.



## 6.8 PLAN DE TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Los datos recolectados se cargaron en una base prediseñada para tal fin y se analizaron con el programa P.S.P.P para Windows versión 0.10.1.

Para el análisis de los resultados se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas y analíticas de una variable, bivariados.

Para las variables cuantitativas (autopercepción corporal, bienestar físico y aceptación social), se utilizaron medidas de tendencia central (media), medidas de dispersión (desvío estándar) y rango (mínimo y máxima).

El análisis de las variables cualitativas (sexo, estado nutricional) se realizó mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas.

Para comparar las medias de las dimensiones de la CVRS (variable cuantitativas) de los adolescentes con el estado nutricional, estratificados por sexo (variables categóricas) se aplicó la prueba de hipótesis "t" de Student. Se utilizó como nivel de significación estadística un valor de  $p < 0.05$ .

La comparación del estado nutricional y el sexo se realizó a través de tablas de contingencias con prueba de hipótesis de Chi cuadrado con un valor de  $p < 0.05$ .

Para disponer los datos tabulados de manera conjunta y ordenada se realizaron tablas de contingencia y se representaron gráficamente mediante diagramas de sectores, de dispersión y barras según el tipo de variable.

## 7) CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Las madres, padres o tutores y los propios niños y niñas recibieron información completa de los objetivos del estudio, las consideraciones sobre beneficios y riesgos por su participación, las garantías ofrecidas en el manejo de los datos, el derecho de no participar y la posibilidad de dejar de responder cuando lo decidan.

**Confidencialidad:** Si bien los datos de los cuestionarios no son estigmatizantes, los formularios estaban codificados y no tenían datos de identificación directa de las personas tales como el nombre o el DNI. El código figuraba en el sobre cerrado que permitiera el seguimiento de formularios recibidos y, en el futuro, permitir la vinculación no nominal de los niños para el seguimiento. Las bases de datos informatizadas tampoco incluyeron datos personales identificables. La información fue tratada conjuntamente. No se divulgaron datos de manera individual.

### **Derecho y garantías de no participación:**

Las personas controlaban absolutamente la decisión de participar o no en el estudio de acuerdo a sus valores, intereses y preferencias. Se asumió que las personas responden el cuestionario aceptando participar una vez que han sido informadas adecuadamente y que los/las adolescentes pueden no asentir participar independientemente de la voluntad de sus madres/padres.

### **Consentimiento y asentimiento informado.**

Se respetó la voluntad de participar de los menores (asentimiento), independientemente del consentimiento de la persona adulta.

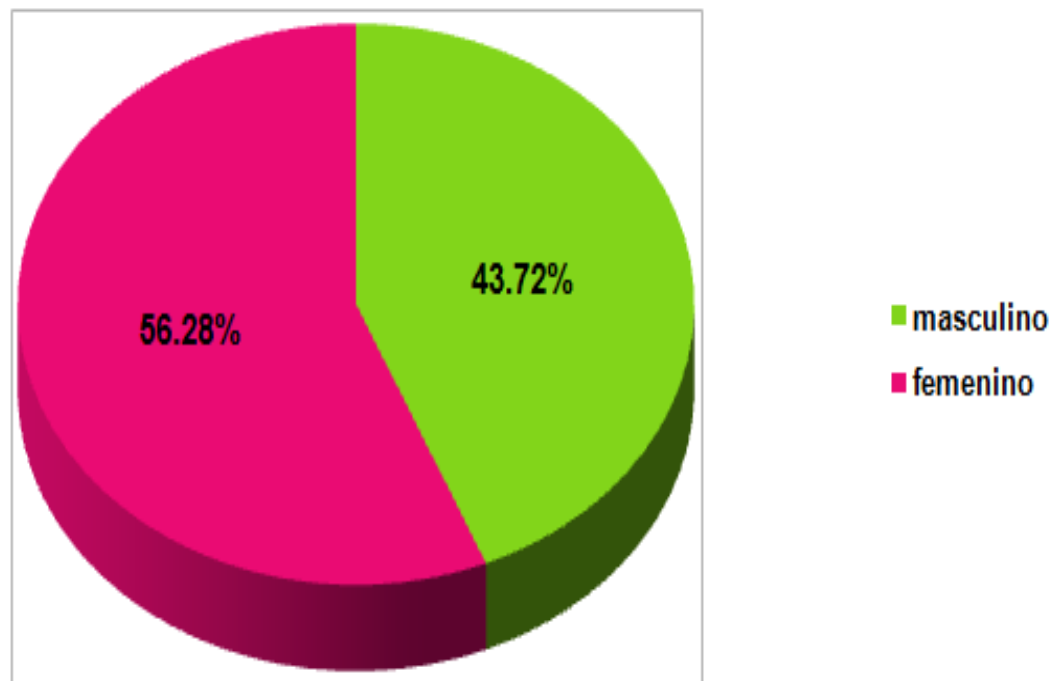
## 8) RESULTADOS:

La muestra final quedó conformada por 134 adolescentes asistentes de 2° año de institutos provinciales de Enseñanza Media (IPEM) e institutos Provinciales de Enseñanza Técnica (IPET).

### 8.1 Distribución de la muestra según sexo:

El 43,72% de los/las adolescentes fueron de sexo masculino y el 56,28% de sexo femenino ( $n= 134$ ). (Gráfico 1).

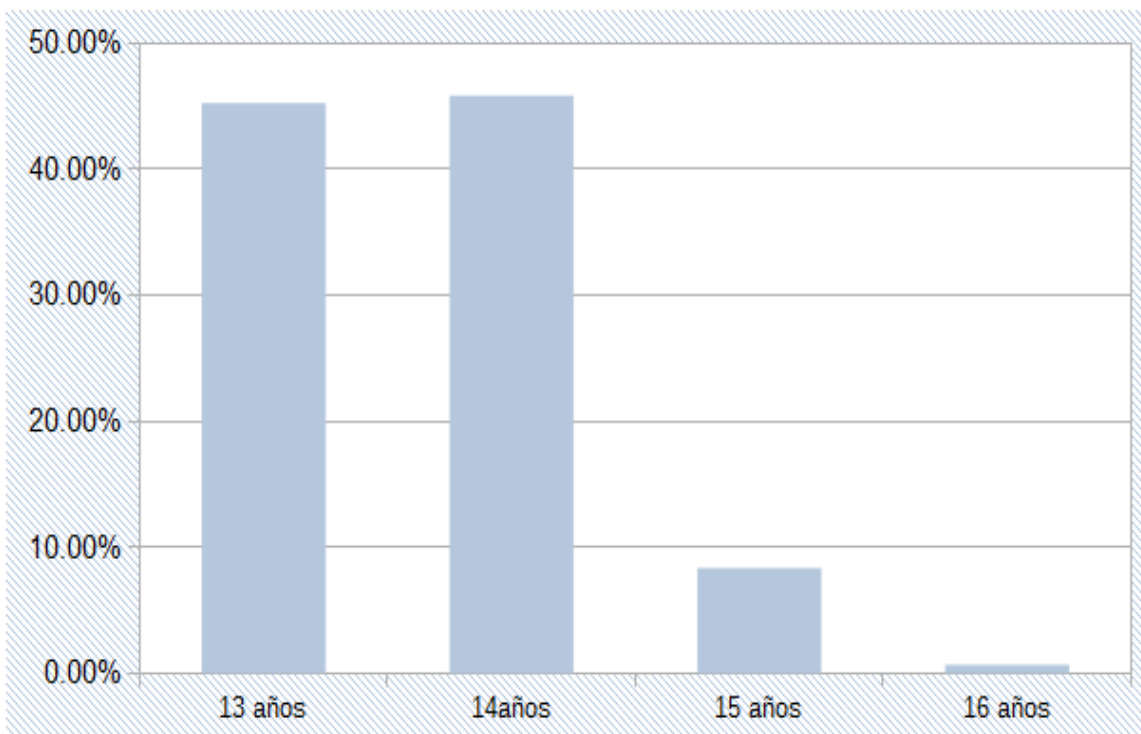
Gráfico 1. Distribución de la muestra según por sexo



## 8.2 Distribución de la muestra por Edad:

La edad estuvo comprendida entre 13 y 16 años. El 45,24% tenía 13 años y el 45,83% 14 años, 8,33% 15 años y el 0,66% 16 años. (Gráfico 3)

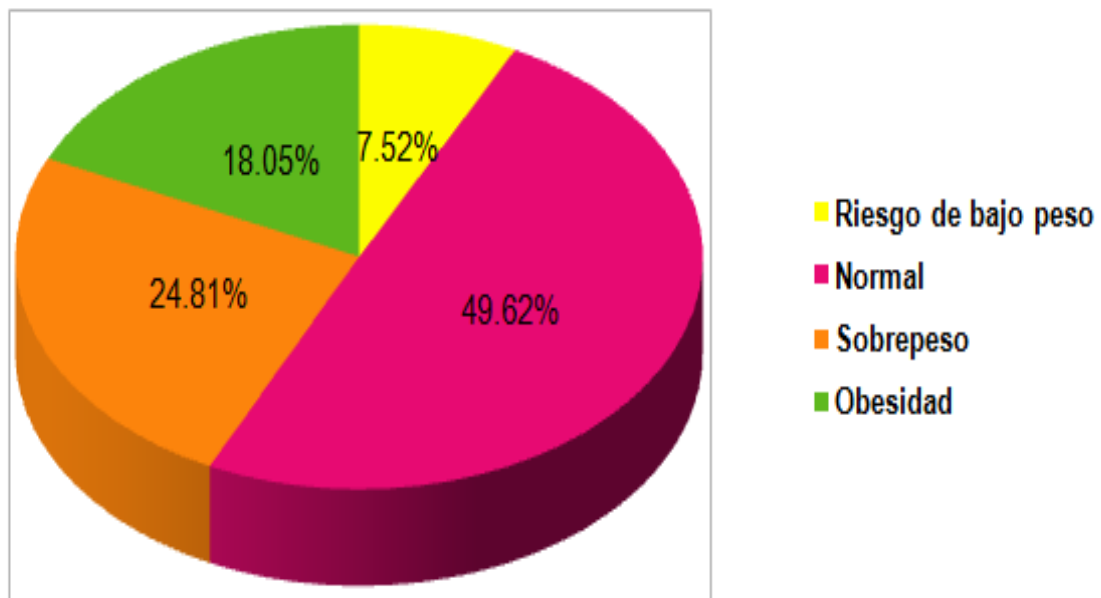
Gráfico 2. Distribución de la muestra por edad



### 8.3 Distribución de la muestra según el estado nutricional:

Se encontró que el 7,52% de la muestra presentó riesgo de bajo peso ( $n=10$ ); el 49,62% de los/las adolescentes se situó dentro de los parámetros normales ( $n=66$ ), el 24,81% tenía sobrepeso ( $n=33$ ), mientras que el 18,05% obesidad ( $n=24$ ). (Gráfico 2)

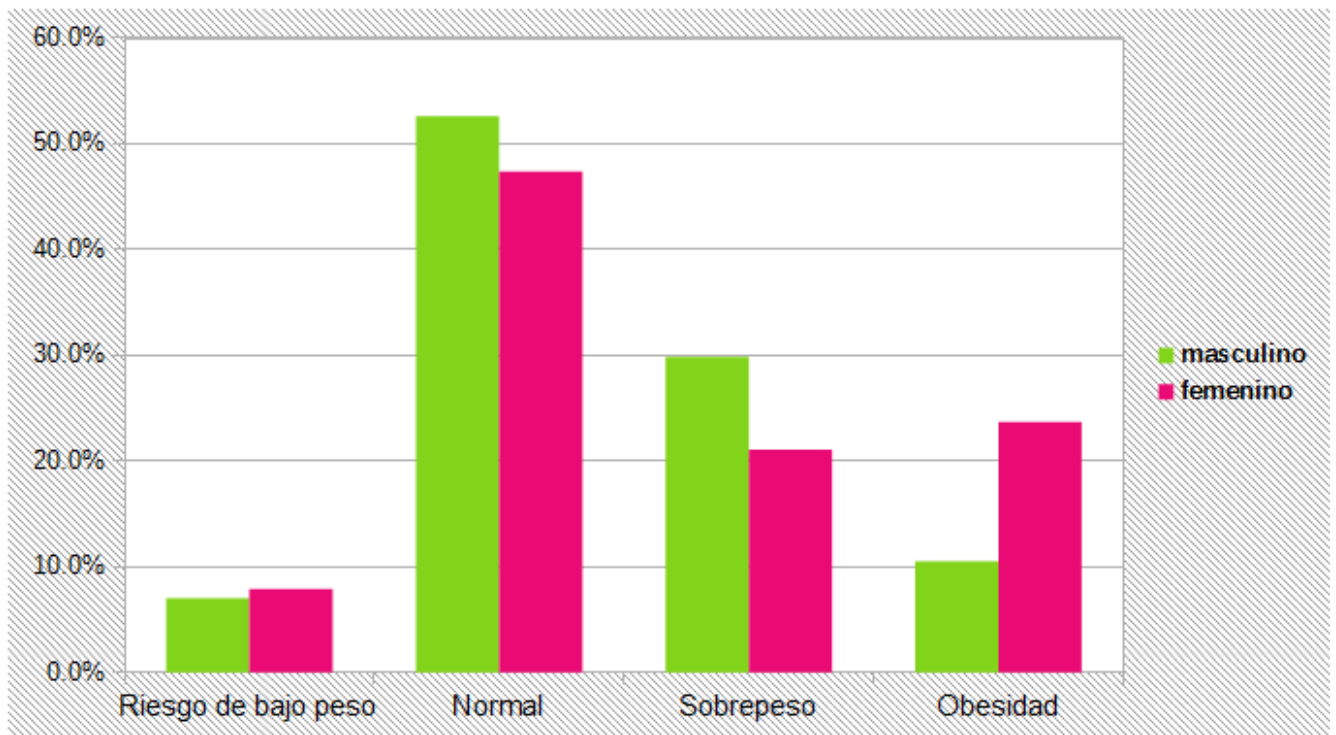
Gráfico 3. Distribución de la muestra por Estado Nutricional



#### 8.4 Comparación de estado nutricional según sexo:

El estado nutricional para los adolescentes de sexo masculino estaba comprendido por un 7% de riesgo de bajo peso, 52,6% de normopeso, 29,8% sobrepeso y 10,5% obesidad. Mientras que el sexo femenino se registró un 7,9% de participantes con riesgo de bajo peso, 47,4% normopeso, 21,1% de sobrepeso y un 23,7% de obesidad. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. ( $p=0,226$ ) (Gráfico 4)

Gráfico 4: Comparación de estado nutricional según sexo

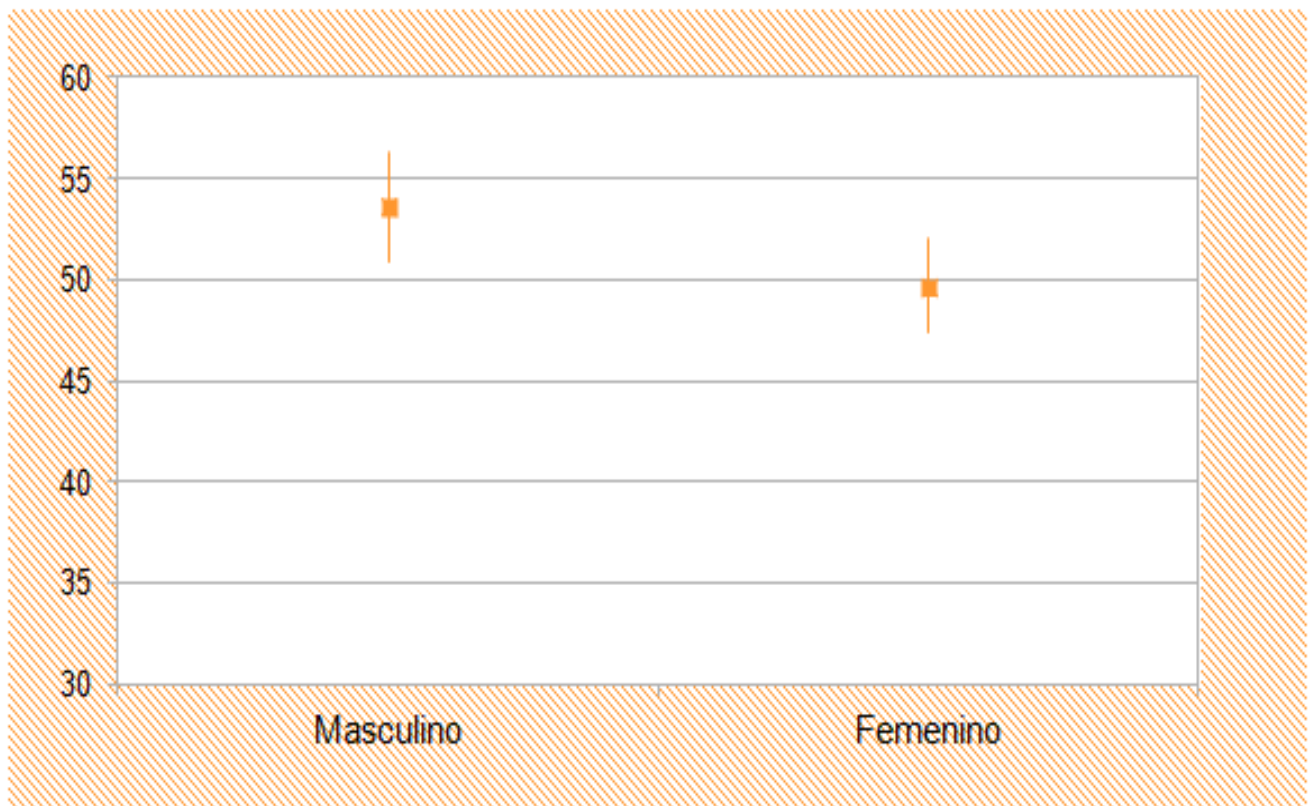


Valor  $p=0,226$

### 8.5 Comparación de medias de la autopercepción corporal según sexo:

La media de la autopercepción de la imagen corporal fue de 53,66 puntos en hombres y 49,64 puntos en mujeres. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. ( $p= 0,028$ ). (Gráfico 5)

Gráfico 5. Comparación de medias de la autopercepción según sexo

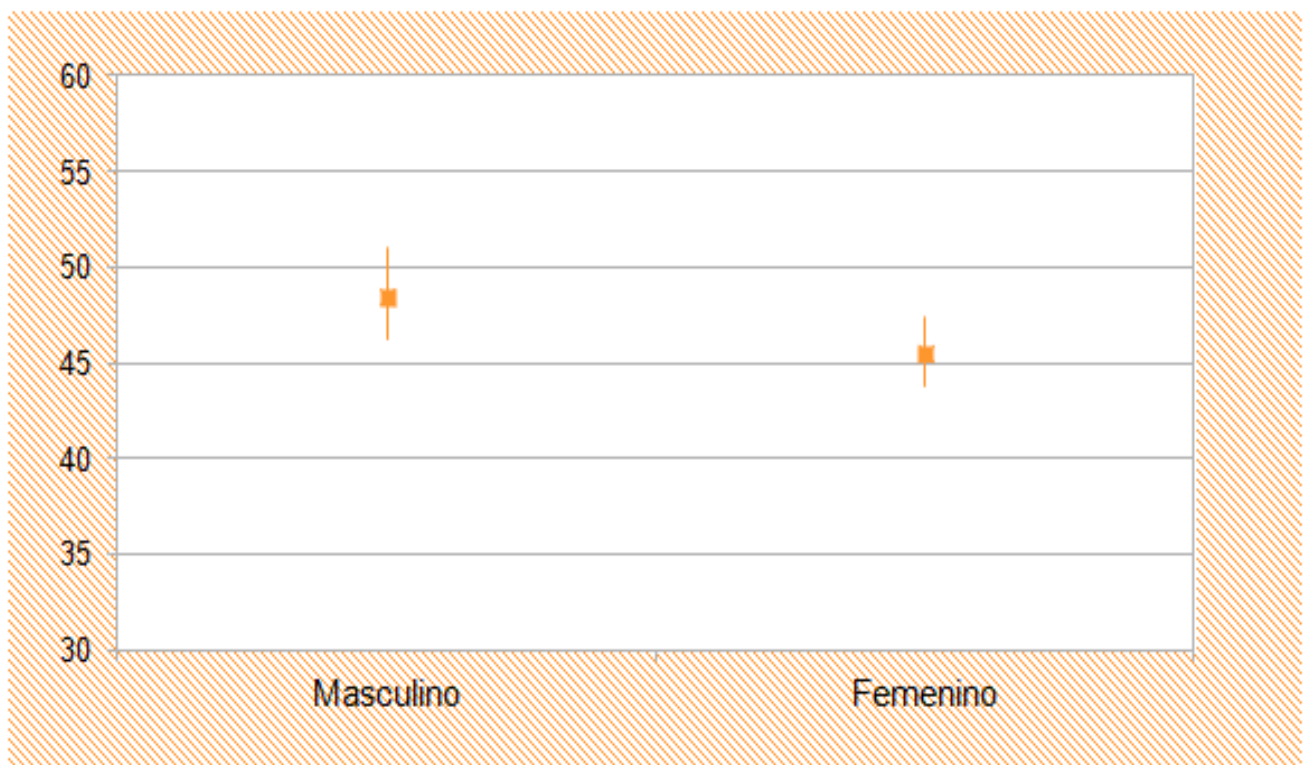


Valor de  $p= 0,028$

### 8.6 Comparación de medias del bienestar físico según sexo:

En cuanto al bienestar físico se observó una media de 48,48 puntos en varones y 45,49 puntos en mujeres. Las diferencias entre sexos fueron estadísticamente significativas. ( $p= 0,040$ ). (Gráfico 6)

Gráfico 6: Comparación de medias del bienestar físico según sexo



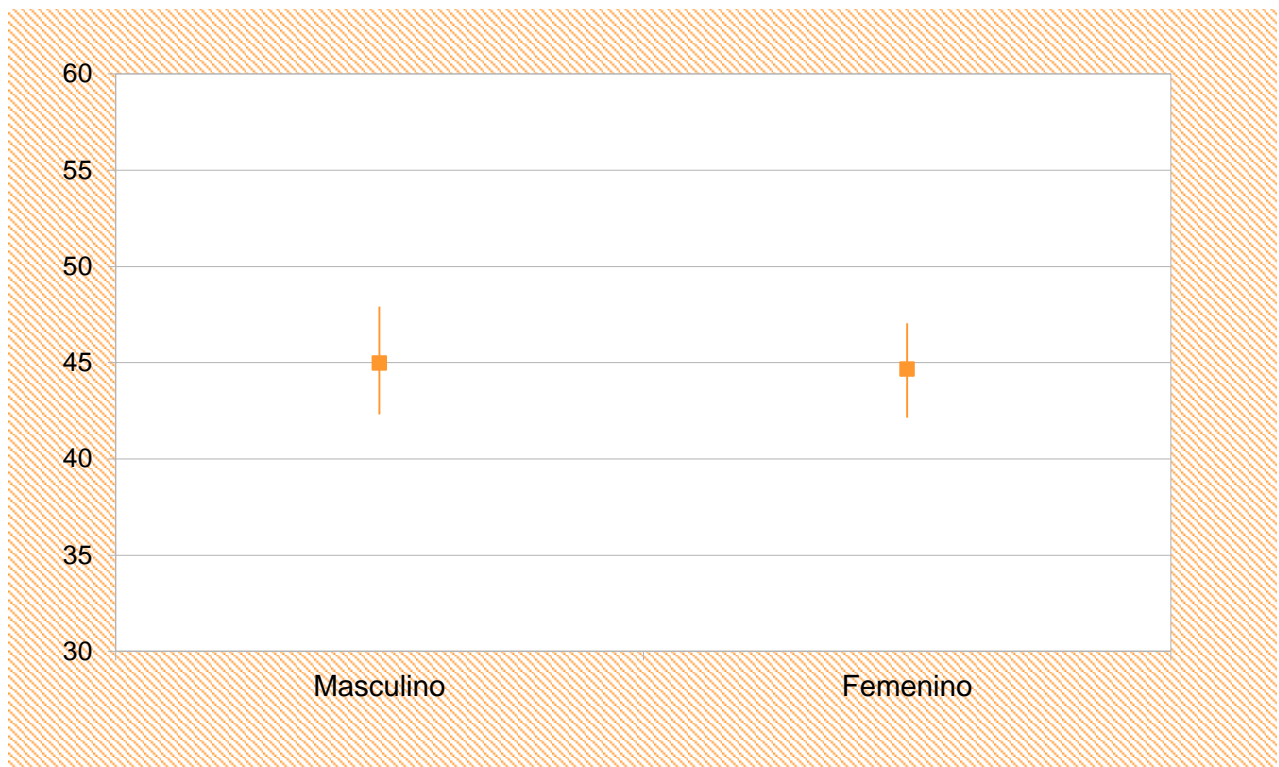
Valor de  $p= 0,040$



### 8.7 Comparación de medias de la aceptación social según sexo:

En aceptación social se observó una media de 44,98 puntos en varones y 44,66 puntos en mujeres. Las diferencias encontradas entres sexos no fueron estadísticamente significativas. ( $p= 0,865$ ). (Gráfico 7)

Gráfico 7. Comparación de medias de la aceptación social según sexo:



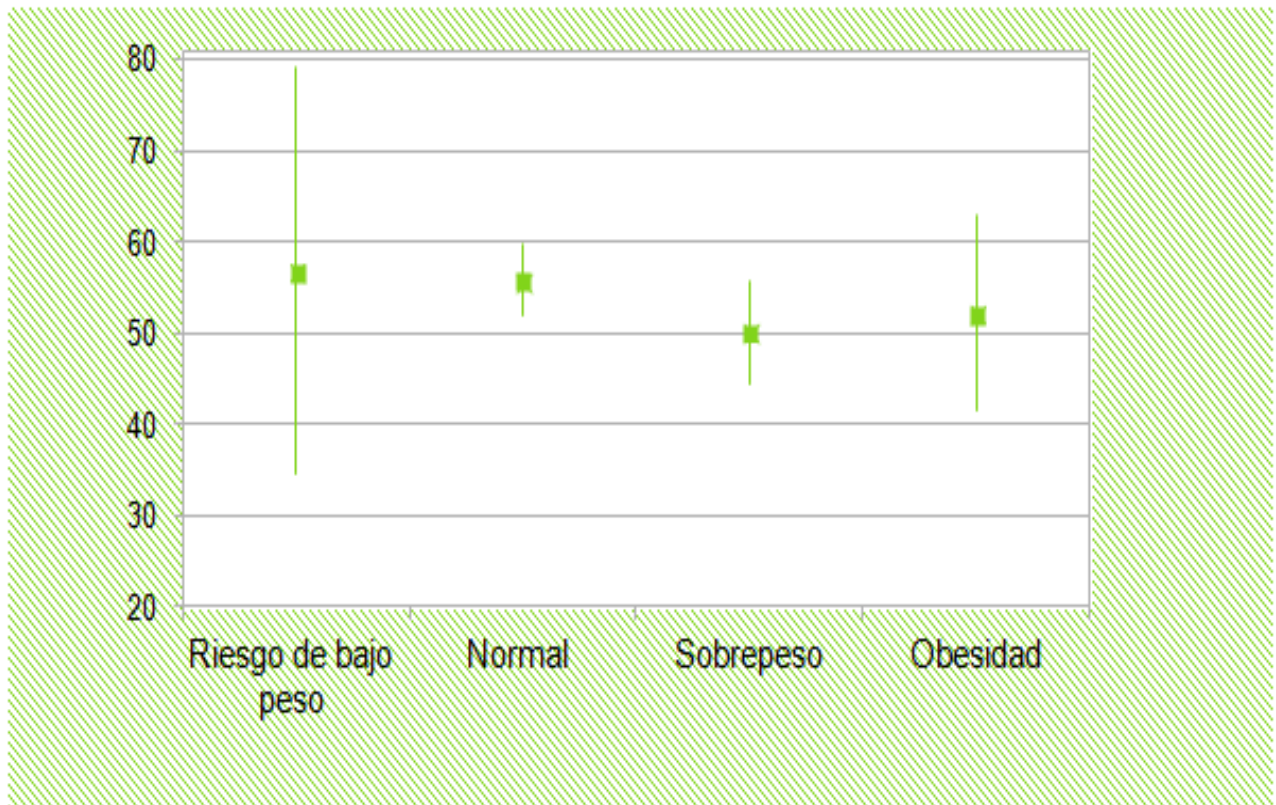
Valor de  $p=0,865$

### 8.8 Comparación de medias e intervalos de confianza de la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo:

#### Masculino:

Las medias obtenidas fueron de 56,80 puntos en adolescentes con riesgo de bajo peso, en aquellos con estado nutricional normal 55,88 puntos; 50,14 puntos en aquellos con sobrepeso y 52,15 puntos en aquellos con obesidad. Las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 8)

Gráfico 8: Comparación de medias e intervalos de confianza de la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo



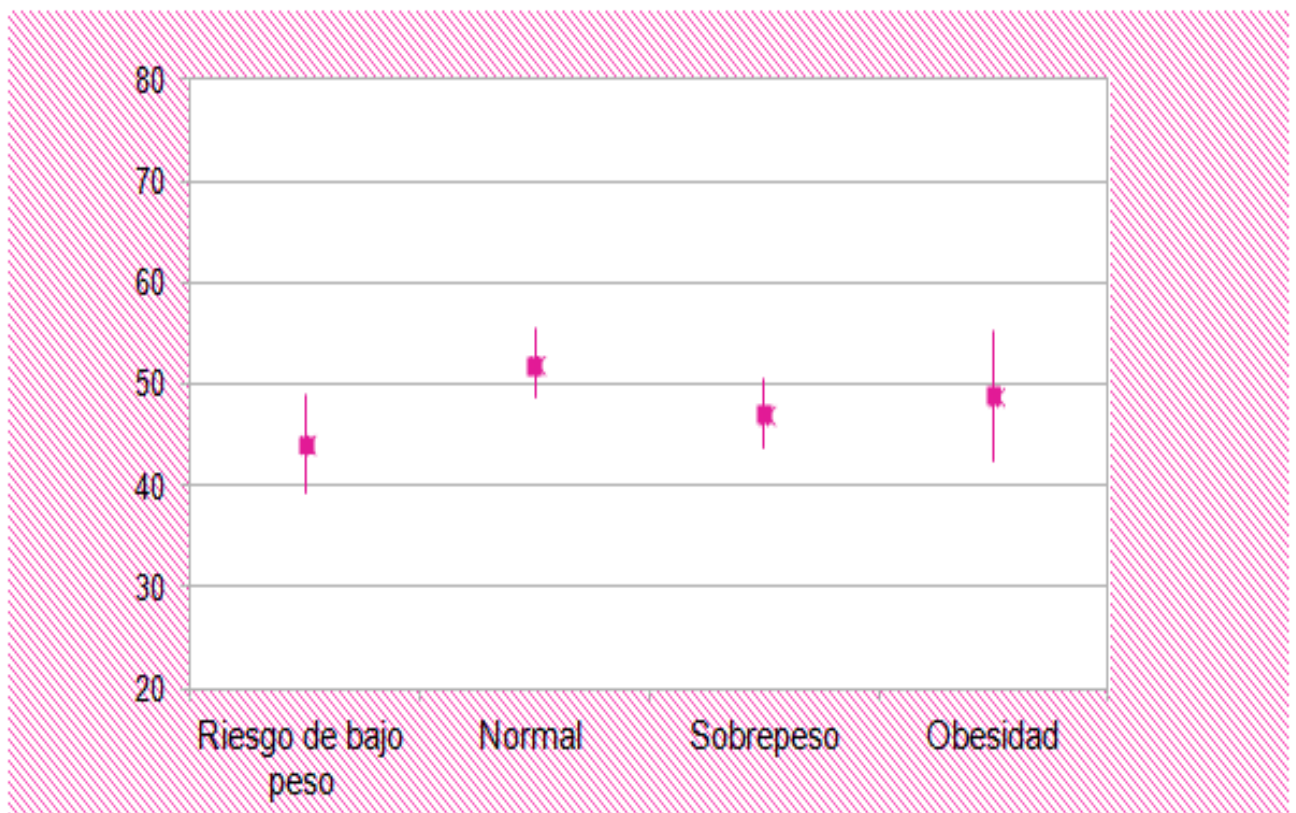
Valor de  $p=1.00$

Valor de  $p=0.50$  Valor de  $p=1.00$

Femenino:

Con respecto a las mujeres los valores de las medias halladas fueron de 44,15 puntos en riesgo de bajo peso, para aquellas con estado nutricional normal 52,04 puntos, en mujeres con sobrepeso fue de 47,12 puntos y aquellas con obesidad de 48,91 puntos. Las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 9)

Gráfico 9: Comparación de medias e intervalos de confianza de la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo



Valor de  $p=0.43$

Valor de  $p=0.64$

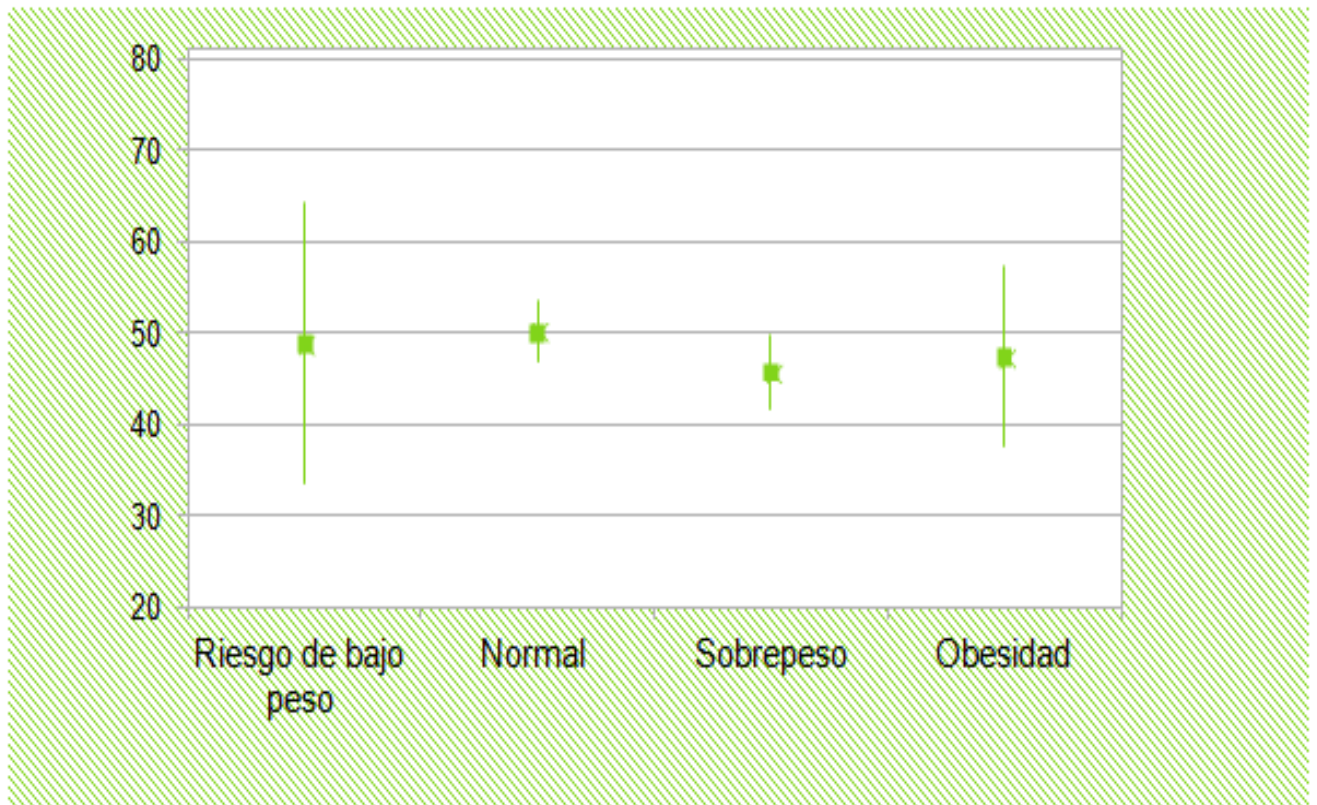
Valor de  $p=1.00$

### 8.9 Comparación de medias e intervalo de confianza del bienestar físico según estado nutricional y sexo:

#### Masculino:

Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 48,86 puntos en riesgo de bajo peso, en aquellos con estado nutricional normal 50,12 puntos, y de 45,68 y 47,37 puntos en sobrepeso y obesidad respectivamente. Las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 10)

Gráfico 10: Comparación de medias e intervalo de confianza del bienestar físico según estado nutricional y sexo



Valor de  $p=1.00$

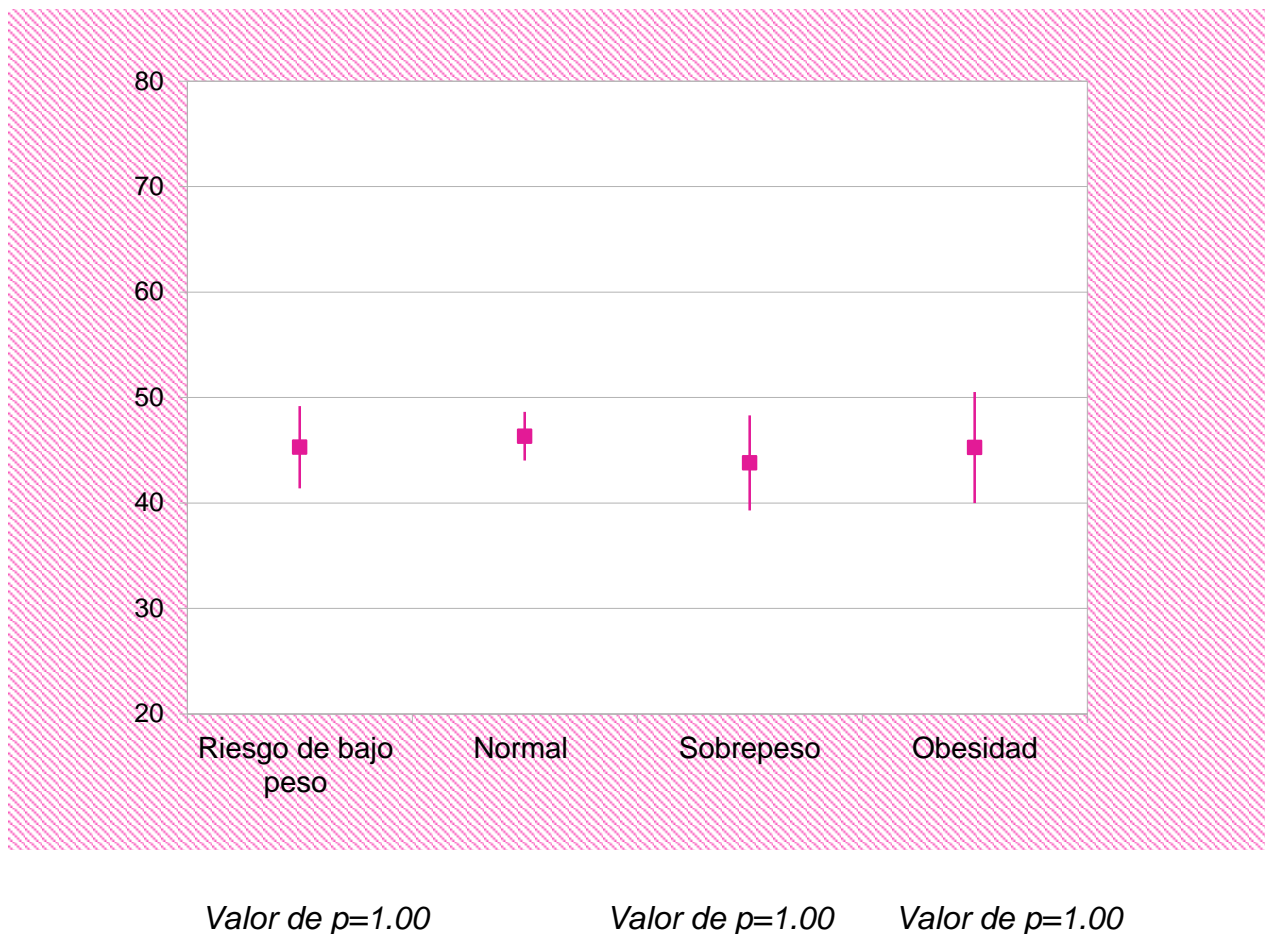
Valor de  $p=0.57$

Valor de  $p=1.00$

Femenino:

Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 45,28 puntos en riesgo de bajo peso, en aquellas con estado nutricional normal 46,33 puntos, y de 43,80 y 45,25 puntos en sobrepeso y obesidad respectivamente. Las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 11)

Gráfico 11: Comparación de medias e intervalo de confianza del bienestar físico según estado nutricional y sexo

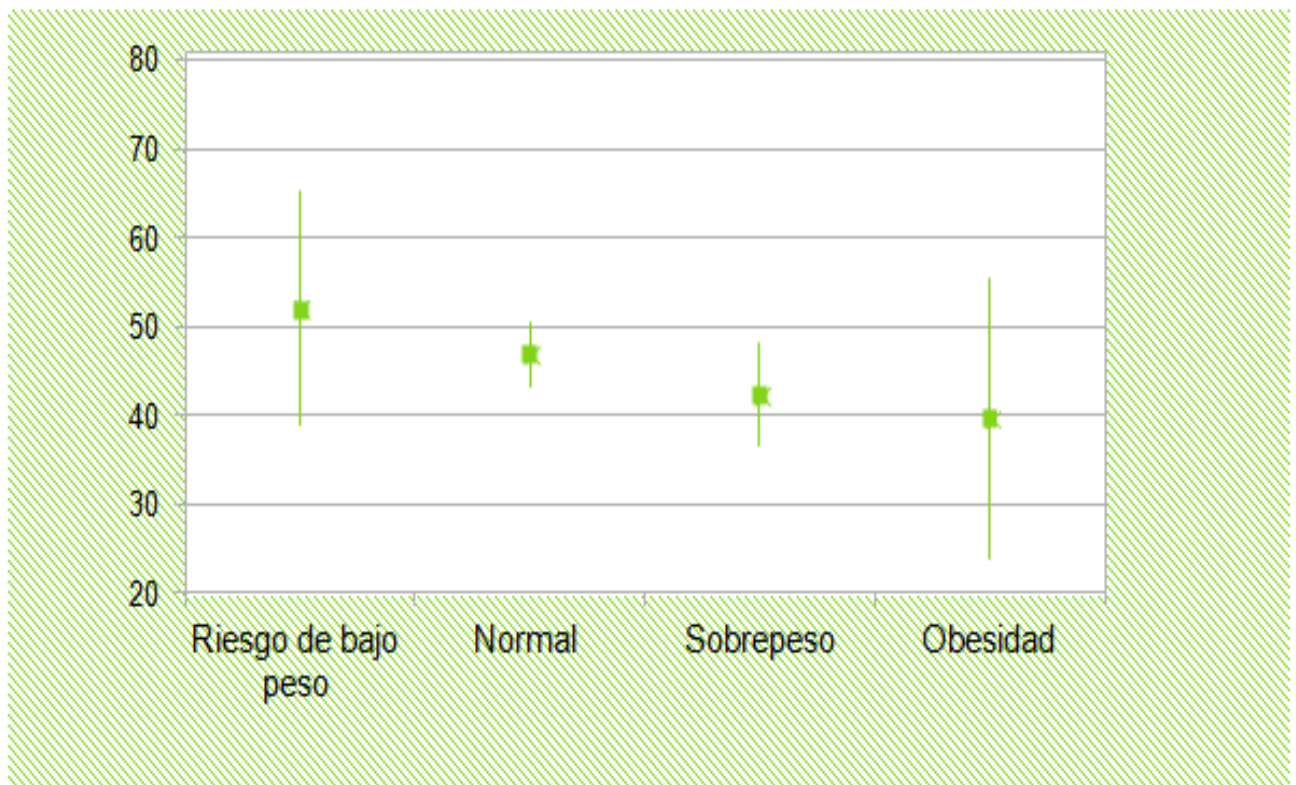


### 8.10 Comparación de medias e intervalo de confianza de la aceptación social según estado nutricional y sexo:

#### Masculino:

Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 51,99 puntos en riesgo de bajo peso, en aquellos con estado nutricional normal 46,87 puntos, y de 42,39 puntos en aquellos con sobrepeso y 39,66 puntos en aquellos con obesidad. Las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 12)

Gráfico 12: Comparación de medias e intervalo de confianza de la aceptación social según estado nutricional y sexo:



Valor de  $p=1.00$

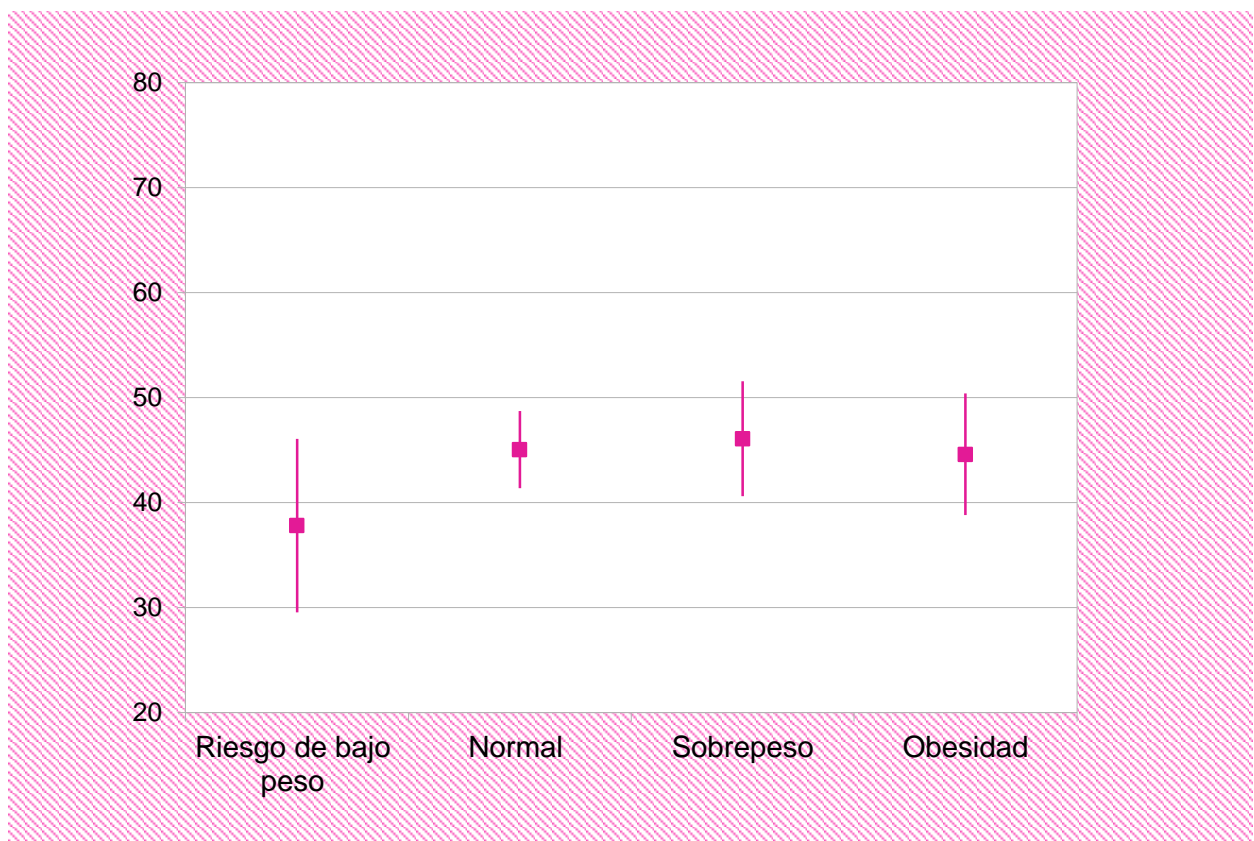
Valor de  $p=1.00$

Valor de  $p=0.81$

Femenino:

Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 37,83 puntos en mujeres con riesgo de bajo peso, en aquellas con estado nutricional normal 45,05 puntos, y de 46,09 y 44,61 puntos en aquellas con sobrepeso y obesidad respectivamente. Las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 13)

Gráfico 13: Comparación de medias e intervalo de confianza de la aceptación social según estado nutricional y sexo:



Valor de  $p=0.94$

Valor de  $p=1.00$

Valor de  $p=1.00$

## RESUMEN DE RESULTADOS

### Varones

Categoría de estado nutricional	Autopercepción de imagen corporal	Bienestar físico	Aceptación social
Riesgo de bajo peso	↑	↓	↑
Normopeso (Referencia)	55,88	50,12	46,87
Sobrepeso	↓	↓	↓
Obesidad	↓	↓	↓

### Mujeres

Categoría de estado nutricional	Autopercepción de imagen corporal	Bienestar físico	Aceptación social
Riesgo de bajo peso	↓	↓	↓
Normopeso (Referencia)	52,04	46,33	45,05
Sobrepeso	↓	↓	↑
Obesidad	↓	↓	↓



## 9) DISCUSIÓN:

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal conocer la autopercepción corporal, bienestar físico y aceptación social en los y las adolescentes de 2° año que asisten a Institutos Provinciales de Enseñanza Media (IPEM) e Institutos Provinciales de Enseñanza Técnica (IPET) de la Ciudad de Córdoba en el año 2018.

Esta investigación, realizada para la licenciatura (TIL), se enmarcó dentro de una investigación dirigida a describir los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes de 13 a 16 años de edad. Dicho estudio, de carácter longitudinal, coordinado por el Centro de Investigación Epidemiológica y Servicios Sanitario (CIESS) de la Escuela de Salud Pública, FCM -UNC.

Cabe aclarar que los datos obtenidos no deben ser considerados representativos ya que la muestra trabajada estuvo comprendida por una población con características específicas al ser parte de un estudio longitudinal.

Este estudio, estuvo compuesto por una muestra de 134 participantes de los cuales el 57% estuvo representado por mujeres y un 43% por varones. En cuanto al estado nutricional se pudo observar que el 50% de los adolescentes tuvieron un estado nutricional normal. Un 7% de la población encuestada presentó riesgo de bajo peso, que si bien no es un valor elevado, no deja de ser alarmante y de este modo importante para la realización de futuras intervenciones en el grupo etario.

Por otro lado, el porcentaje de sobrepeso y obesidad representó el 25% y 18% respectivamente, haciendo referencia que 4 de cada 10 adolescentes presentan exceso de peso, lo cual supera significativamente a los datos aportados por la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), realizada en el país. La misma, llevada a cabo en el año 2012, reveló que un 28,6% de los estudiantes de 13 a 15 años del país presentaron exceso de peso, del cual 5,9% tenía obesidad. Ambos indicadores resultaron significativamente mayores en varones (35,9% y 8,3% respectivamente), respecto de las mujeres (21,8% y 3,6% respectivamente). (17) Estos datos se vieron

parcialmente reflejados en el presente estudio, en donde el sobrepeso fue predominante en los adolescentes, mientras que la obesidad fue superior en las adolescentes.

La EMSE ha mostrado que la tendencia de sobrepeso y obesidad en nuestro país es creciente, en la cual el sobrepeso aumentó de 17,9% en 2007 a 27,8% en 2012; en cuanto a la obesidad en el 2012 fue de 6,1% la cual se vió incrementada significativamente en relación al año 2007, cuando fue de 3,2%. Los resultados del presente trabajo pueden dar cuenta de este aumento.

En cuanto a la diferencia del estado nutricional por sexo, Ramos Valverde et al. realizaron un estudio en adolescentes de 11 a 18 años, en donde obtuvieron como resultado que el sobrepeso y obesidad predominaban fuertemente en los varones con un 20,88%, 12,28%; y un 16,2% 6,44% en las mujeres respectivamente. (36) No obstante, en la población estudiada, estos resultados no se vieron totalmente reflejado, si bien es cierto que en el sexo masculino el porcentaje de sobrepeso (29,8%) superó al porcentaje del sexo femenino (21,1%), no fue así en la obesidad en el que los hombres representaron un 10,5% y las mujeres comprendieron el 23,7% aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Con respecto a las dimensiones analizadas de la calidad de vida relacionadas con la salud se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la autopercepción de la imagen corporal según sexo, en los hombres fue mayor que en las mujeres, 53,66 puntos versus 49,64 puntos respectivamente ( $p= 0,028$ ).

Esto concuerda con la investigación analizada (Pinto Guedes et al.) donde se ha comparado la percepción de la imagen corporal según sexo en adolescentes de tres países sudamericanos, Argentina, Chile y Brasil, en el cual los varones obtuvieron mejor puntuación que las mujeres con una media de 72,57 versus 69,43 puntos respectivamente. (38)

A su vez, en la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo, los adolescentes con riesgo de bajo peso presentaron puntuaciones mayores a la media de normopeso (55,88 puntos). En los participantes que tenían sobrepeso y obesidad los valores difirieron notablemente, siendo mayores en aquellos sin exceso de peso. Esto también se vio reflejado en las puntuaciones de las mujeres

con riesgo de bajo peso, sobrepeso y obesidad en relación a la media de aquellas con peso normal (52,04 puntos).

Esto concuerda con el estudio realizado en Bahía Blanca, por la Lic. Mamondi, debido a que los adolescentes con peso normal obtuvieron una media de 48 puntos, mientras que en aquellos con sobrepeso y obesidad la media fue de 45,1 y 47,4 puntos respectivamente. En cuanto a las mujeres, aquellas con estado nutricional normal obtuvieron 52,6 puntos y quienes tenían sobrepeso y obesidad las medias encontradas fueron de 50,2 y 48,3 respectivamente. (8)

La distorsión de la imagen corporal en los adolescentes tiene un fuerte impacto sobre su alimentación y su estado nutricional, porque conlleva a malnutrición por carencia o por exceso. Con el presente estudio se pudo comprobar que la autopercepción de la imagen corporal en las mujeres es menor en relación a los varones, sin embargo, el estado nutricional no fue estadísticamente significativo. Esta diferencia en las puntuaciones puede ser debido a los modelos estéticos corporales impuesto socialmente a las mujeres. A su vez, la insatisfacción que sufren los hombres es diferente, pues la de ellos se debe a que quieren estar más fuertes, mientras que las mujeres quieren estar más delgadas y toman medidas para cambiar su imagen corporal con el fin de sentirse bien, independientemente del peso real que tengan. (20)

En lo que respecta a la dimensión de bienestar físico entre sexos, se obtuvo una media de 48, 48 puntos en varones y 45,49 puntos en mujeres respectivamente ( $p=0,040$ )

Similar a los datos obtenidos de bienestar físico, un estudio realizado en la Ciudad de Córdoba por la Lic. Mamondi reveló que el puntaje promedio en esta dimensión fue de 53,1 puntos. La diferencia de medias entre varones y mujeres fue estadísticamente significativa según T-test, siendo el puntaje más alto en los varones (media: 54,2 y 52,1; en varones y en mujeres respectivamente  $p=0,000$ ). (9)

En referencia al bienestar físico según el estado nutricional y sexo, se pudo observar que el valor de la media es menor en aquellas personas que presentan exceso/déficit de peso en comparación a quienes tienen peso normal, cuya media fue de 50,12 en varones, 46,33 en mujeres, que si bien los valores no son

significativos se puede apreciar cierta diferencia. Lo anteriormente mencionado coincide con los resultados obtenidos en el estudio previamente mencionado de la Ciudad de Córdoba, en el cual se observó menor bienestar físico tanto en los varones como en las mujeres que presentaron exceso de peso que en aquellos sin exceso. Estos resultados fueron consistentes con otros estudios realizados a nivel internacional que utilizaron el mismo instrumento de medición de CVRS y el mismo criterio de clasificación de la obesidad. (9)

Con el presente estudio se demostró que es menor la percepción de bienestar físico en adolescentes con sobrepeso y obesidad, en comparación con aquellos/aquellas con peso normal, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas lo cual se puede deber fundamentalmente al reducido tamaño de la muestra. El hallazgo se puede relacionar con el hecho de que el exceso de grasa corporal presente en la obesidad actúa como carga extra, y las restricciones fisiológicas del sistema cardiorrespiratorio sumados a la baja motivación para realizar actividades de larga duración, genera desventajas en el desempeño físico aeróbico.

En cuanto a la variable de aceptación social los resultados encontrados fueron similares entre ambos sexos (44,98 en varones y 44,66 en mujeres) (valor de  $p=0,865$ ).

No se encontraron estudios que reflejen diferencias entre las puntuaciones obtenidas para la aceptación social según el sexo.

Las puntuaciones medias obtenidas en aceptación social, respecto al estado nutricional y sexo, demostraron en el caso de los varones, que aquellos con riesgo de bajo peso tuvieron mayor aceptación social que aquellos con peso normal (46,87), a su vez se pudo observar que aquellos con sobrepeso y obesidad tuvieron menor aceptación social que aquellos con estado normal.

La puntuación de las mujeres con obesidad y riesgo de bajo peso fue menor a quienes tenían un estado nutricional normal (45,05), a diferencia de aquellas con sobrepeso que puntuaron mayor a estas últimas.

A diferencia de esto último y en concordancia con lo que sucede en los varones, un estudio realizado por Rebbec M. et al en adolescentes entre 14 y 18 años con

sobrepeso y obesidad en Estados Unidos de América, el 64% de los participantes padecían “bullying” en la escuela, y el riesgo de padecerlo aumentaba con el peso corporal. (13)

Por otra parte un estudio realizado por la Lic. Mamondi en la ciudad de Bahía Blanca reveló que las mujeres adolescentes con obesidad y con sobrepeso puntuaron menos que las adolescentes sin exceso de peso, donde la media se redujo de un 46,4 en personas normopeso a un 45,2 y 43,1 en sobrepeso y obesidad respectivamente. En el caso de los adolescentes ocurrió algo similar, la media para normopeso fue de 46,2, mientras que sobrepeso y obesidad obtuvieron la misma media de 44,1. (8)

## 10) CONCLUSIÓN:

Luego de realizar el análisis estadístico de los datos, se pudo concluir que los resultados obtenidos aportan un mayor conocimiento acerca de la autopercepción corporal, bienestar físico y aceptación social según su estado nutricional y sexo:

En lo que respecta al estado nutricional no se hallaron diferencias entre los y las adolescentes que tenían un estado nutricional normal y riesgo de bajo peso. Por otra parte, se pudo observar mayor nivel de sobrepeso en los adolescentes mientras que en las mujeres predominó la obesidad.

En cuanto las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada a la Salud, se pudo observar que los varones obtuvieron una puntuación mayor en la autopercepción de la imagen corporal y bienestar físico en relación a las mujeres. En cambio en aceptación social no hubo diferencias según sexo.

Los adolescentes con riesgo de bajo peso valoraron la autopercepción de la imagen corporal de manera similar a los de peso normal, no así, aquellos con sobrepeso y obesidad donde la puntuación fue inferior. Las adolescentes de todas las categorías del estado nutricional se percibieron peor en relación a aquellas con peso normal.

En la dimensión de bienestar físico aun que las diferencias no fueron significativas, las puntuaciones, para ambos sexos, quienes tenían déficit/exceso de peso fueron menores que aquellos/as con peso normal.

Por último entre el estado nutricional y la aceptación social se observó que a medida que el peso corporal aumentaba la aceptación social, en los adolescentes, disminuía. En el caso del sexo femenino, aquellas con riesgo de bajo peso y obesidad la aceptación social fue menor, mientras que la puntuación de quienes tenían sobrepeso fue mayor que las adolescentes con estado nutricional normal.

Como futuras Licenciadas en Nutrición nos parece alarmante la prevalencia de sobrepeso y obesidad, el cual muestra el crecimiento del problema y la urgente

necesidad de actuar desde la primera infancia, partiendo de la familia, instituciones educativas y otros ámbitos sociales, con el objetivo de avanzar en la implementación de políticas efectivas para revertir esta tendencia, con especial énfasis en incluir la perspectiva de equidad para reducir la problemática en los grupos más vulnerables y garantizar el derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes.

Por otra parte el estudio de calidad de vida relacionada con la salud nos permite conocer la percepción que tienen los/las adolescentes acerca de la misma, teniendo en cuenta distintas dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, económicas, entre otras, con el fin de llevar a cabo líneas de acción que permitan modificar aspectos que afecten la salud desde una perspectiva integral.

El estado nutricional puede influir de manera negativa sobre las distintas dimensiones, como lo es en la autopercepción de la imagen corporal, bienestar físico y aceptación social. A pesar que nuestro estudio no obtuvo resultados que constaten dicha influencia, existe evidencia que los mismos son factores predisponentes al desarrollo de patologías psicológicas como ser los trastornos alimentarios, depresión, ansiedad, entre otros, esto se ve acentuado en la adolescencia, donde la vulnerabilidad psicológica se encuentra incrementada, potenciando la aparición de las mismas.

Se espera que esta investigación sea un aporte útil para enriquecer los conocimientos acerca de la percepción que tienen los adolescentes sobre su salud, su abordaje y de esta manera contribuir a futuras investigaciones e intervenciones, como así también, promover el desarrollo de políticas y programas con dicha temática.



# ANEXOS



Anexo 1: Información para participantes

**Estudio “Trayectorias de Calidad de vida relacionada con la salud, estado nutricional y rendimiento académico en la transición de la infancia a la adolescencia” versión 1.0 1808/2017.**

**A los chicos y chicas:**

Este estudio es la continuidad de que ya participaste cuando estabas en la escuela primaria. En las próximas semanas visitaremos tu instituto para que respondas la misma encuesta que la de años anteriores y se te realicen algunas mediciones de indicadores de salud. A continuación presentamos información sobre el estudio. Además, el equipo de investigación presentará esta información en el aula y estará disponible para resolver dudas.

**¿De qué se trata el estudio?**

Es una investigación sobre la salud percibida de los y las adolescentes en los primeros años de la secundaria. La encuesta tiene preguntas sobre diversos aspectos de la salud como el bienestar físico, el estado de ánimo, las relaciones en la familia y con amigos, entre otros. Es un estudio longitudinal porque chicos y chicas que participan responden cada año una encuesta de manera que se puede ir conociendo cómo evoluciona su salud percibida. Algunos años también se miden otros indicadores de la salud como el peso, la estatura y se incorporan en la encuesta preguntas sobre el estado de desarrollo corporal, así como costumbres con relación a la alimentación o formas de razonar ante problemas.

### **¿Dónde y cómo se realizan las mediciones?**

Los cuestionarios se responden en el aula, con el resto de los/las compañeros/así, pero cada estudiante por su propia cuenta. Las mediciones del peso, la estatura y otras se realizarán en un lugar diferente del aula (idealmente biblioteca) e individualmente. Las mediciones de peso y talla se realizan de acuerdo a las técnicas e instrumentos válidos internacionalmente.

### **¿Para qué se hace este estudio?**

El estudio "Trayectorias de salud" se hace para conocer cómo los y las adolescentes manifiestan su propia salud y cómo evoluciona esa salud percibida a través de los años.

### **¿Quiénes participan en el estudio?**

Se invita a participar a chicos y chicas que forman parte de la investigación desde el 2014 y en el año 2018 cursan segundo año de la secundaria en unos 15 institutos seleccionados al azar.

### **¿Que se hará con la información?**

La información siempre es tratada de forma anónima, confidencial y se analiza globalmente para describir la salud del conjunto de adolescentes participantes. Nunca se muestran datos individuales de las personas que participan y se cuida que nadie más del equipo de investigación lea las respuestas de los participantes. Los resultados de la investigación podrán ser publicados tanto en congresos como en revistas científicas de la disciplina manteniendo en anonimato la identidad de los participantes. También se ofrece a la comunidad la información que pueda ser útil para reflexionar sobre la salud de los y las adolescentes y realizar acciones que contribuyan a mejorarla. En esta página se pueden ver algunos ejemplos: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/saludinfantil/>

### **¿Las personas invitadas tienen obligación de participar?**

Nadie está obligado a participar. Sí un estudiante no desea participar, puede permanecer en el aula o retirarse a realizar otra actividad, según dispongan los adolescentes o responsables escolares. Aunque hayan aceptado inicialmente, pueden dejar de hacerlo o dejar alguna parte de la encuesta sin responder. La decisión de no responder no tiene ninguna consecuencia en la escuela ni fuera de ese ámbito.

### **¿Puede haber algún perjuicio por participar?**

La principal molestia es el tiempo que lleva en responder el cuestionario, pero ni el cuestionario ni las mediciones que se realizan tienen riesgos para las personas que participan.

### **¿Las personas que participan pueden tener algún beneficio?**

No hay beneficios directos por participar en el estudio. Los beneficios deben considerarse a nivel de la comunidad en la medida en que los resultados sean utilizados para promover mejoras en las condiciones de vida y de salud de los y las adolescentes. La investigación promueve también el derecho de niños y niñas a expresarse sobre aspectos que tienen importancia y requieren el respeto de su autonomía y capacidad de manifestarse.

### **¿Quién hace el estudio?**

El estudio está a cargo de un equipo de investigación de la universidad nacional de Córdoba y de CONICET. La investigadora principal es la Dra. Silvina Berra (Escuela de Salud Pública, Enrique Barros esq. Enfermera Gordillo Gómez, Ciudad Universitaria; tel: 0351-4333023/4334042; e-mail: [sberra@fcm.unc.edu.ar](mailto:sberra@fcm.unc.edu.ar)).

### **¿Qué instituciones autorizaron a hacer el estudio?**

El protocolo de la encuesta fue autorizado por la subdirección de Promoción Social y de la salud del Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba, el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas y la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNC.

### **¿Dónde se puede consultar alguna duda o conseguir más información sobre el estudio?**

Hay más información del estudio en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/saludinfantil/>

Si tiene duda sobre el protocolo de investigación, puede comunicarse con los miembros del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas, coordinadora del Comité Prof. Dra. Susana Canónico. Hospital Nacional de Clínicas. Santa Rosa 1564. Córdoba. Te: 4337014 int. 118. Lunes a viernes de 10 a 16 ha. También puede consultar en el Consejo de Evaluación Ética de las Investigaciones en Salud -CoEIS- Belgrano 1500 esq. Richardson. Córdoba. Te: 156846490. Lunes a viernes de 9:00 a 12:00hs.

**Esperamos contar con tu participación, que es muy valiosa para que este estudio proporcione buenos resultados.**



**FCM**  
Facultad de  
Ciencias Médicas



UNC  
Universidad  
Nacional  
de Córdoba

Anexo 2: Hoja de información  
para madres, padres o tutores

Anexo 2: Información destinada a padres, madres y/o tutores

**Estudio “Trayectorias de Calidad de vida relacionada con la salud, estado nutricional y rendimiento académico en la transición de la infancia a la adolescencia”.**

Estimadas madres, padres y/o tutores:

Este estudio es la continuidad del que su hijo viene participando desde que estaba en la escuela primaria. En las próximas semanas visitaremos el instituto para administrar la misma encuesta que la de años anteriores y realizar algunas mediciones de indicadores de salud. A continuación presentamos información sobre el estudio. Además, el equipo de investigación presentará esta información en el aula y estará disponible para resolver dudas.

**¿De qué se trata el estudio?**

Es una investigación sobre la salud percibida de los y las adolescentes en los primeros años de la secundaria. La encuesta tiene preguntas sobre diversos aspectos de la salud como el bienestar físico, el estado de ánimo, las relaciones en la familia y con amigos, entre otros. Es un estudio longitudinal porque chicos y chicas que participan responden cada año una encuesta de manera que se puede ir conociendo cómo evoluciona su salud percibida. Algunos años también se miden otros indicadores de la salud como el peso, la estatura y se incorporan en la encuesta preguntas sobre el estado de desarrollo corporal, así como costumbres con relación a la alimentación o formas de razonar ante problemas.

### **¿Para qué se hace este estudio?**

Este estudio se hace para conocer cómo los y las adolescentes manifiestan su propia salud y cómo evoluciona esa salud percibida a través de los años.

### **¿Quiénes participan en el estudio?**

Se invita a participar a chicos y chicas que forman parte de la investigación desde el 2014 y en el año 2018 cursan segundo año de la secundaria en unos 15 institutos seleccionados al azar.

### **¿Que se hará con la información?**

La información siempre es tratada de forma anónima, confidencial y se analiza globalmente para describir la salud del conjunto de adolescentes participantes. Nunca se muestran datos individuales de las personas que participan y se cuida que nadie más del equipo de investigación lea las respuestas de los participantes. Los resultados de la investigación podrán ser publicados tanto en congresos como en revistas científicas de la disciplina manteniendo en anonimato la identidad de los participantes. También se ofrece a la comunidad la información que pueda ser útil para reflexionar sobre la salud de los y las adolescentes y realizar acciones que contribuyan a mejorarla. En esta página se pueden ver algunos ejemplos: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/saludinfantil/>

### **¿Puede haber algún perjuicio por participar?**

La principal molestia es el tiempo que lleva en responder el cuestionario, pero ni el cuestionario ni las mediciones que se realizan tienen riesgos para las personas que participan.

### **¿Las personas invitadas tienen obligación de participar?**

Nadie está obligado a participar. Si un estudiante no desea participar, puede permanecer en el aula o retirarse a realizar otra actividad, según dispongan los adolescentes o responsables escolares. Aunque hayan aceptado inicialmente, pueden dejar de hacerlo o dejar alguna parte de la encuesta sin responder. La decisión de no responder no tiene ninguna consecuencia en la escuela ni fuera de ese ámbito.

### **¿Las personas que participan pueden tener algún beneficio?**

No hay beneficios directos por participar en el estudio. Los beneficios deben considerarse a nivel de la comunidad en la medida en que los resultados sean utilizados para promover mejoras en las condiciones de vida y de salud de los y las adolescentes. La investigación promueve también el derecho de niños y niñas a expresarse sobre aspectos que tienen importancia y requieren el respeto de su autonomía y capacidad de manifestarse.

### **¿Quién hace el estudio?**

El estudio está a cargo de un equipo de investigación de la Universidad Nacional de Córdoba y de CONICET. La investigadora principal es la Dra. Silvina Berra (Escuela de Salud Pública, Enrique Barros esq. Enfermera Gordillo Gómez, Ciudad Universitaria; tel: 0351-4333023/4334042; e-mail: [sberra@fcm.unc.edu.ar](mailto:sberra@fcm.unc.edu.ar)).

### **¿Qué instituciones autorizaron a hacer el estudio?**

El protocolo de la encuesta fue autorizado por la subdirección de Promoción Social y de la salud del Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba, el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas y la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNC.

**¿Dónde se puede consultar alguna duda o conseguir más información sobre el estudio?**

Hay más información del estudio en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/saludinfantil/>

Si tiene duda sobre el protocolo de investigación, puede comunicarse con los miembros del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas, coordinadora del Comité Prof. Dra. Susana Canónico. Hospital Nacional de Clínicas. Santa Rosa 1564. Córdoba. Te: 4337014 int. 118. Lunes a viernes de 10 a 16 ha. También puede consultar en el Consejo de Evaluación Ética de las Investigaciones en Salud -CoEIS- Belgrano 1500 esq. Richardson. Córdoba. Te: 156846490. Lunes a viernes de 9:00 a 12:00hs.



**FCM**  
Facultad de  
Ciencias Médicas





### Anexo 3: Asentimiento Informado

(Asentimiento de menores de 18 años)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ declaro que he sido invitado a participar del estudio “Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes de la ciudad de Córdoba” y he recibido la siguiente información:

El estudio **“Trayectorias de calidad de vida relacionada con la salud, estado nutricional y rendimiento académico en la transición de la infancia a la adolescencia”** es una investigación sobre la salud percibida de los y las adolescentes en los primeros años de la secundaria. La encuesta tiene preguntas sobre diversos aspectos de la salud como el bienestar físico, el estado de ánimo, las relaciones entre la familia y con amigos, entre otros. Es un estudio longitudinal porque chicos y chicas que participan responden cada año una encuesta, de manera que se puede ir conociendo cómo evoluciona su salud percibida. Algunos años también se miden otros indicadores de salud como el peso, la estatura y se incorporan en la encuesta preguntas sobre el estado de desarrollo corporal, así como costumbres con relación a la alimentación o formas de razonar ante problemas.

Los cuestionarios se responden en el aula, con el reto de pares, pero cada estudiante por su propia cuenta. Las mediciones del peso, la estatura y otras se realizarán en un lugar diferente del aula (por ejemplo: la biblioteca) e individualmente.

Este estudio se hace para conocer cómo los y las adolescentes manifiestan su propia salud y cómo evoluciona esa salud percibida a través de los años.

Los/las participantes son chicos y chicas que forman parte de la investigación desde 2014 y en el año 2018 cursan segundo año de la secundaria en unos 15 institutos seleccionados al azar, que acepten participar.

La información siempre es tratada de forma anónima, confidencial y se analiza globalmente para describir la salud del conjunto de adolescentes participantes. Nunca se muestran datos individuales de las personas que participan y se cuida que nadie más que el equipo de investigación lea las respuestas de los participantes. Los resultados de la investigación podrán ser publicados tanto en congresos como en revistas científicas de la disciplina manteniendo en anonimato la identidad de los participantes. También se ofrece a la comunidad la información que pueda ser útil para reflexionar sobre la salud de los y las adolescentes y realizar acciones que contribuyan a mejorarla. En esta página se pueden ver algunos ejemplos: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/trayectorias/>

Nadie es obligado a participar. Si un estudiante no desea participar, puede permanecer en el aula o retirarse a realizar otra actividad, según dispongan los docentes o responsables escolares. Aunque hayan aceptado inicialmente, pueden dejar de hacerlo o dejar alguna para de la encuesta sin responder. La decisión de no responder no tiene ninguna consecuencia en la escuela ni fuera de ese ámbito.

La principal molestia es el tiempo que lleva responder el cuestionario, pero ni el cuestionario ni las mediciones que se realizan tienen riesgos para las personas que participan.

No hay beneficios directos por participar en el estudio. Los beneficios del estudio deben considerarse a nivel comunidad, en la medida en que los resultados sean utilizados para promover mejoras en las condiciones de vida y de salud de los y las adolescentes. La investigación promueve también el derecho de niños y niñas a expresarse sobre aspectos que tienen importancia y requieren el respeto de su autonomía y capacidad para manifestarse.

En la página del estudio hay más información y direcciones de contacto: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/saludinfantil/>

El estudio está a cargo de un equipo de investigación de la universidad nacional de Córdoba y de CONICET. La investigadora principal es la Dra. Silvina Berra (Escuela de Salud Pública, Enrique Barros esq. Enfermera Gordillo Gómez, Ciudad Universitaria; tel: 0351-4333023/4334042; e-mail: [sberra@fcm.unc.edu.ar](mailto:sberra@fcm.unc.edu.ar)).

El protocolo de la encuesta fue autorizado por la subdirección de Promoción Social y de la Salud del Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba, el Correo de Ética del Hospital Nacional de Correo y la secretaría de ciencia y tecnología de la UNC. Hay más información del estudio en <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/trayectorias/>

Si tenés dudas acerca de tus derechos como participante en la investigación, podés comunicarte con los miembros del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas, coordinadora del Comité Prof. Dra. Susana Canónico. Hospital Nacional de Clínicas. Santa Rosa 1564. Córdoba. Te: 4337014 int. 118. Lunes a viernes de 10 a 16 ha. También se puede consultar en el Consejo de Evaluación Éticas de las Investigaciones en Salud -CoEIS- Belgrano 1500 esq. Richardson. Córdoba. Te: 156846490. Lunes a viernes de 9:00 a 12:00hs.

Además, he recibido eras explicaciones tanto verbales como escritas y tuve la posibilidad de aclarar dudas. Conociendo que tengo derecho a participar, así como también a negarme total o parcialmente sin ningún perjuicio, dejo constancia de mi voluntad de colaborar con la investigación y firmo:

Firma: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.



**FCM**  
Facultad de  
Ciencias Médicas



**UNC**  
Universidad  
Nacional  
de Córdoba

**Anexo 4: Cuestionarios KIDSCREEN**

Autopercepción corporal

**Lo que sentís de vos mismo...**

<b>Pensá en la última semana...</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.	¿Estuviste contento/a con la manera como sos?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>
2.	¿Estuviste contento/a con tu ropa?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>
3.	¿Te preocupó la forma en que te ves?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>
4.	¿Tuviste envidia de la forma como se ven otros/as chicos/as?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>
5.	¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>

**Anexo 5: Cuestionarios KIDSCREEN**

Bienestar Físico

**Tu actividad física y tu salud...**

**En general, ¿cómo dirías que es tu salud?**

1.  excelente
2.  muy buena
3.  buena
4.  regular
5.  mala

**Pensá en la última semana...**

	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te sentiste bien y físicamente en forma?	nada <input type="radio"/>	un poco <input type="radio"/>	moderadamente <input type="radio"/>	mucho <input type="radio"/>	muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te sentiste físicamente activo/a (por ejemplo, corriste, trepaste, anduviste en bici)?	nada <input type="radio"/>	un poco <input type="radio"/>	moderadamente <input type="radio"/>	mucho <input type="radio"/>	muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Pudiste correr bien?	nada <input type="radio"/>	un poco <input type="radio"/>	moderadamente <input type="radio"/>	mucho <input type="radio"/>	muchísimo <input type="radio"/>

**Pensá en la última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Te sentiste lleno/a de energía?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>

**Anexo 6: Cuestionarios KIDSCREEN**

Aceptación social

**Vos y los demás...**

**Pensá en la última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Tuviste miedo de otros/as chicos/as?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>
2. ¿Se rieron de vos otros/as chicos/as?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te intimidaron o amenazaron otros/as chicos/as?	nunca <input type="radio"/>	casi nunca <input type="radio"/>	algunas veces <input type="radio"/>	casi siempre <input type="radio"/>	siempre <input type="radio"/>

**Anexo 7: Tabla 1 Distribución de la muestra por sexo**

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>Femenino</b>	58	43,28
<b>Masculino</b>	76	56,72
<b>Total</b>	134	100

**Anexo 8:** Tabla 2 Distribución de la muestra por edad.

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>13 años</b>	76	45,24
<b>14 años</b>	77	45,83
<b>15 años</b>	14	8,33
<b>16 años</b>	1	0,66



**Anexo 9:** Tabla 3 Distribución de la muestra según estado nutricional

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Riesgo de bajo peso</b>	10	7,52
<b>Normal</b>	66	49,62
<b>Sobrepeso</b>	33	24,81
<b>Obesidad</b>	24	18,05
<b>Total</b>	133	100

**Anexo 10:** Tabla 4 Comparación de estado nutricional según sexo

ESTADO NUTRICIONAL	SEXO (%)		VALOR DE P
	Masculino	Femenino	
Riesgo de bajo peso	7,0	7,9	0,226
Normal	52,6	47,4	
Sobrepeso	29,8	21,1	
Obesidad	10,5	23,7	
Total	100	100	

**Anexo 11:** Tabla 5 Comparación de medias de la autopercepción según sexo

DIMENSION	SEXO	N	MEDIA	DE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%		VALOR DE P
					Inferior	Superior	
Autopercepción de la imagen corporal	Masculino	58	53,66	10,77	50,94	56,32	0,028
	Femenino	74	49,64	9,93	47,34	52,00	

**Anexo 12:** Tabla 6 Comparación de medias del bienestar físico por sexo

DIMENSIÓN	SEXO	N	MEDIA	DE	Intervalo de confianza al 95%		Valor de p
					Inferior	Superior	
Bienestar físico	Masculino	56	48,48	8,50	46,25	50,96	0,04
	Femenino	73	45,49	7,78	43,72	47,43	

**Anexo 13:** Tabla 7 Comparación de medias de la aceptación social por sexo

DIMENSIÓN	SEXO	N	MEDIA	DE	Intervalo de confianza al 95%		Valor de p
					Inferior	Superior	
Aceptación social	Masculino	57	44,98	10,74	42,31	47,91	0,865
	Femenino	73	44,66	10,54	42,15	47,05	

**Anexo 14:** Tabla 8 Comparación de medias e intervalos de confianza de la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo:

**Masculino**

Dimension	Estado Nutricional	N	Media	DE	Intervalo de Confianza 95%		Valor de p*
					Inferior	Superior	
Autopercepción de la imagen corporal	Riesgo de bajo peso	4	56,80	14,02	34,48	79,11	1,00
	Normal	30	55,88	10,27	52,05	59,72	
	Sobrepeso	17	50,14	10,95	44,51	55,77	0,50
	Obesidad	6	52,15	10,27	41,37	62,92	1,00
	Total	57	53,84	10,77	50,98	56,70	

\* Valor de p= Estado nutricional normal comparado con el resto de los rangos nutricionales.

**Anexo 15:** Tabla 9 Comparación de medias e intervalos de confianza de la autopercepción de la imagen corporal según el estado nutricional y sexo:

**Femenino**

Dimensión	Estado nutricional	N	Medi a	DE	Intervalo de confianza 95%		Valor de p*
					Inferior	Superior	
Autopercepción de la imagen corporal	Riesgo de bajo peso	6	44.15	4.61	39.31	48.99	0.43
	Normal	35	52.04	9.77	48.68	55.39	
	Sobrepeso	15	47.12	6.31	43.62	50.61	0.64
	Obesidad	18	48.91	12.83	42.53	55.30	1
	Total	74	49.64	9.93	47.34	51.94	

\* Valor de p= Estado nutricional normal comparado con el resto de los rangos nutricionales.

**Anexo 16:** Tabla 10 Comparación de medias e intervalos de confianza del bienestar físico según el estado nutricional y sexo:

**Masculino**

Dimensión	Estado nutricional	N	Media	DE	Intervalo de confianza 95%		Valor de p*
					Inferior	Superior	
Bienestar físico	Riesgo de bajo peso	4	48.86	9.62	33.55	64.17	1.00
	Normal	29	50.12	8.88	46.74	53.50	
	Sobrepeso	17	45.68	7.92	41.71	49.76	0.57
	Obesidad	5	47.37	7.99	37.45	57.29	1.00
	Total	55	48.41	8.56	46.09	50.72	

\* Valor de p= Estado nutricional normal comparado con el resto de los rangos nutricionales.



**Anexo 17:** Tabla 11 Comparación de medias e intervalos de confianza del bienestar físico según el estado nutricional y sexo:

**Femenino**

Dimensión	Estado nutricional	N	Media	DE	Intervalo de confianza 95%		Valor de p*
					Inferior	Superior	
Bienestar físico	Riesgo de bajo peso	6	45.28	3.72	41.38	49.19	1.00
	Normal	35	46.33	6.71	44.02	48.63	
	Sobrepeso	14	43.79	7.81	39.28	48.31	1.00
	Obesidad	18	45.25	10.57	39.99	50.51	1.00
	Total	73	45.49	7.78	43.67	47.31	

\* Valor de p= Estado nutricional normal comparado con el resto de los rangos nutricionales.

**Anexo 18:** Tabla 12 Comparación de medias e intervalos de confianza de la aceptación social según el estado nutricional y sexo:

**Masculino**

Dimensión	Estado nutricional	N	Media	DE	Intervalo de confianza 95%		Valor de p*
					Inferior	Superior	
Aceptación social	Riesgo de bajo peso	4	51.99	8.27	38.82	65.25	1.00
	Normal	29	46.87	9.25	43.35	50.39	
	Sobrepeso	17	42.39	11.41	36.52	48.25	1.00
	Obesidad	6	39.66	15.11	23.80	55.51	0.81
	Total	56	45.10	10.80	42.21	47.99	

\* Valor de p= Estado nutricional normal comparado con el resto de los rangos nutricionales.

**Anexo 19:** Tabla 13 Comparación de medias e intervalos de confianza de la aceptación social según el estado nutricional y sexo:

**Femenino**

Dimensión	Estado nutricional	N	Media	DE	Intervalo de confianza 95%		Valor de p*
					Inferior	Superior	
Aceptación social	Riesgo de bajo peso	5	37.83	6.65	29.57	46.09	0.94
	Normal	35	45.05	10.69	41.38	48.72	
	Sobrepeso	15	46.09	9.88	40.61	51.56	1.00
	Obesidad	18	44.61	11.64	38.82	50.40	1.00
	Total	73	44.66	10.54	42.20	47.12	

\* Valor de p= Estado nutricional normal comparado con el resto de los rangos nutricionales.

## 12) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Caballero L. Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Teresa Gonzales de Fanning, 2007 [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2008.
2. Batrouni L. Evaluación Nutricional. 1ª Edición. Córdoba: Editorial Brujas; 2016.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición [en línea], [consultado 23 Ago 2018] Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
4. Hurtado C, Mejía C, Mejía F, Arango C, Chavarriaga L, Grisales H. Malnutrición por exceso y déficit en niños, niñas y adolescentes, Antioquia 2015. Rev, Fac. Nac. Salud Pública. 2017; 35(1): [58-70].
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la nutrición [en línea], 2017 [consultado 23 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>
6. Cárdenas V, Ramírez S, Gallegos E, Salazar B, Rizo M. Obesidad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adolescentes Escolares. Desarrollo Científico de Enfermería. 2009; 17 (7): [297- 301].
7. Monereo S, Pavón de Paz I, Molina B, Vega B, Alameda C, López de la Torre Casares M. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad. Endocrinología y Nutrición. 2000; 47 (3).
8. Mamondi V. Sobrepeso, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Bahía Blanca [Tesis maestría]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2011. Disponible en: [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Mamondi\\_V\\_Maestria\\_Salud\\_Publica.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Mamondi_V_Maestria_Salud_Publica.pdf)

9. Mamondi V, Lavin J, Bruzzone F, Gonzalez E, Berra S. Percepción del bienestar físico en niños obesos y sedentarios, ciudad de Córdoba, Argentina. I Congreso Latinoamericano de Salud pública -VII Jornadas Internacionales de Salud Pública. Córdoba. 28-30 noviembre 2012. Revista de Salud Pública. 2012; Ed. Especial 8:48. ISSN 1853-1180.
10. Wadden T, Stunkard AJ. Handbook of obesity treatment. Nueva York: Guilford Press. 2004.
11. Zukerfeld, R. Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.1996.
12. Estévez E, Martínez B, Musitu G. La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. Psychosocial Intervention. 2006; 15( 2 ): 223-232.
13. Rebbec M, Lee Jamie, Luedicke J. Weight – Based victimization: Bullying experiences of weight loss treatment – seeking youth. Pediatrics. 2013; 131 (1): 1-9.
14. Grande MC, Román MD. Nutrición y salud materno infantil. 2a ed. Córdoba: Editorial Brujas; 2015.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Segunda conferencia internacional sobre nutrición. 2014 [consultado 2 oct 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>
16. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Boletín de Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo n°8. Obesidad: determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública. [Internet]. 2016 [consultado 23 Ago 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2016-2\\_boletin-de-vigilancia-8.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2016-2_boletin-de-vigilancia-8.pdf)
17. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina. [Internet]. 2017 [consultado 23 Ago 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09\\_cuadernillo-obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf)

18. KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents-Handbook. Lengerich: Papst Science Publisher. 2006.
19. Lopategui E. Conceptos generales de salud. [en línea] 2016. [consultado 24 sep 2018]. disponible en: [http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1\\_U1-01\\_Conceptos\\_Generales\\_de\\_Salud.pdf](http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U1-01_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf)
20. Vaquero R, Alacid F, Muyor JM, López P. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*. Enero/febrero 2013; 28(1): 27–35.
21. Pallares NJ, Baile AJ. Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia*. 2012; 6(1) 13-21.
22. Arroyo M, Ansotegui L, Pereira E, Lacerda F, Valador N, Serrano L, et al. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutr Hosp*. 2008; 23:366-72.
23. Espina A, Asunción M, Ochoa I, Alemán A, Juaniz, M. Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudios del país vasco: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*. 2001; 12(2): 219-221.
24. Sepúlveda AR, Gandarillas A, Carrobes JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría, España. 2004.
25. Monjas MI, Elices BG, Valle M, de Benito P. Aceptación social y género en la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]*. 2005;1(1):383-393.
26. Zavala MA, Valadez MD, Vargas MC. Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa [internet]*. 2008. [consultado 9 oct 2018]; 6 (2): 319-338.
27. Asaduroglu A. *Manual de Nutrición y Alimentación Humana*. Córdoba: Editorial Brujas; 2015.

28. Abeyá E, Calvo E, Duran P, Longo E, Mazza E. Evaluación del estado nutricional de niñas, niño y embarazado mediante antropometría. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>
29. Real Academia Española. 23a ed. Madrid: 2014.
30. Hutchinson MG. Transforming body image: Your body. En: Collet B. Current Feminist Issues in Psychotherapy. United States: Routledge; 1983.
31. Lopategui E. Conceptos generales de salud. [en línea] 2016. [consultado 24 sep 2018]. disponible en: [http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1\\_U1-01\\_Conceptos\\_Generales\\_de\\_Salud.pdf](http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U1-01_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf)
32. Hurlock H. El status social. [Consultado 24 sep s2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/22155287/EI-Status-Social>
33. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MP, Raymil L, Butinof M. Adaptación transcultural de cuestionarios KIDSCREEN para medir la calidad de vida relacionada a la salud en población argentina de 8 a 18 años. Arch Argent Pediat. 2009; 107 (4): 307-314.
34. Berra S, Tebé C, Esandi ME, Carignano C. Propiedades psicométricas de la versión de KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescentes. Arch Argent Pediat. 2013; 111 (1): 29-36.
35. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía para la evaluación del crecimiento físico. 3a ed. Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría; 2013.
36. Ramos Valverde P, Rivera de los Santos F, Moreno Rodríguez C. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. Sevilla 2008. 2010; 22(1): [78-83].

37. Trejo Ortiz P, Castro Veloz D, Facio Solís A, Mollinedo Montano F, Valdez Esparza G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. Ciudad de la Habana. Rev Cubana Enfermer. 2010; .26 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300006&script=sci_arttext&tlng=pt)

38. Pinto Guedes D, Villagra Astudillo H, Moya Morales J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. Rev Panam Salud Pública. 2014; 35(1): [46–52]