



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA: NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TÍTULO:

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y NIVEL DE
AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VARONES CON
ADICCIONES A SUSTANCIAS PSICOTROPICAS EN UNA
INSTITUCIÓN FISCAL DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA
CIUDAD DE GUAYAQUIL, AÑO 2015**

AUTOR (A):

Mackliff Villacres María Gabriela

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADO EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

Psicóloga Granja Armendáriz Adriana

**Guayaquil, Ecuador
2015**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA: NUTRICIÓN, DITÉTICA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por María Gabriela Mackliff Villacres, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciado en Nutrición, Dietética y Estética.

TUTOR (A)

Psicóloga. Adriana Granja Armendáriz

COORDINADOR (A)

Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Martha Victoria Celi Mero

Guayaquil, a los 26 del mes de Septiembre del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA: NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **María Gabriela Mackliff Villacres**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación Evaluación de estado nutricional y nivel de autoestima en adolescentes varones con adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil en el año 2015 previo a la obtención del Título de Licenciado en Nutrición, Dietética y Estética ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido

Guayaquil, a los 26 del mes de Septiembre del año 2015

EL AUTOR (A)

María Gabriela Mackliff Villacres



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA: NUTRICIÓN, DITÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **María Gabriela Mackliff Villacres**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Evaluación del estado nutricional y nivel de autoestima en adolescentes varones con adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015 cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 del mes de Septiembre del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

María Gabriela Mackliff Villacres

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por permitirme disfrutar de esta meta concluida teniendo en vida a quienes me han dado su apoyo en cada paso y a superar cada obstáculo. A mis padres el Arq. Marco Mackliff y Mabel Villacres, a mis hermanos, tíos y abuelitas por ser de gran apoyo en mi vida, a la Lda. Sonia Moran por siempre brindarme su ayuda, a Andrés Rodríguez por permanecer a mi lado desde el comienzo de esta meta, a mis amigas/os con quienes he superado cada obstáculo que se nos ha cruzado y sobre todo le doy gracias a Lda. Otilia Moran Maridueña por ser mi pilar fundamental a lo largo de mi vida.

MARÍA GABRIELA MACKLIFF VILLACRES

DEDICATORIA

Dedicado a la Licenciada Otilia Moran Maridueña.

MARIA GABRIELA MACKLIFF VILLACRES

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PSICOLOGA ADRIANA GRANJA ARMENDARIZ
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DRA. ROSA BULGARIN
PRESIDENTE DE TRIBUNAL

ECO. VICTOR SIERRA
SECRETARIO DE TRIBUNAL

DRA. LIA DOLORES PEREZ SHWASS
OPONENTE

INDICE GENERAL

| | |
|------------------------------------|------|
| PORTADA | |
| CERTIFICACIÓN | |
| DECLARACIÓN D RESPONSABILIDAD | |
| AUTORIZACIÓN | |
| AGRADECIMIENTO..... | V |
| DEDICATORIA..... | VI |
| TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN | VII |
| INDICE DE TABLA | X |
| INDICE DE GRÁFICOS..... | XI |
| ÍNDICE DE ANEXOS | XII |
| RESUMEN..... | XIII |
| ABSTRACT..... | XIV |
| INTRODUCCIÓN..... | 15 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 18 |
| 1.1 Formulación del problema | 20 |
| 2. OBJETIVOS | 21 |
| 2.1 Objetivo general | 21 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 21 |
| 3. JUSTIFICACION | 22 |
| 4. MARCO TEÓRICO | 24 |
| 4.1 Marco Referencial..... | 24 |
| 4.2 Marco Teórico..... | 28 |
| 4.2.1. Adolescencia | 28 |
| 4.2.2. Autoestima | 31 |

| | |
|---|----|
| 4.2.3. Adicciones | 36 |
| 4.2.4. Trastornos nutricionales..... | 42 |
| 4.2.5 Nutrición en la adolescencia | 48 |
| 4.2.6. Desnutrición..... | 57 |
| 5. FORMULACION DE HIPÓTESIS | 67 |
| 6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES | 68 |
| 7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 71 |
| 7.1 Justificación de la Elección del Diseño | 71 |
| 7.2 Población y Muestra..... | 72 |
| 7.2.1 Criterios de Inclusión | 72 |
| 7.2.1 Criterios de Exclusión..... | 72 |
| 7.3 Técnicas e instrumentos de resultados..... | 73 |
| 7.3.1 Técnicas | 73 |
| 7.3.2 Instrumentos..... | 73 |
| 8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 75 |
| 8.1 Análisis e Interpretación de Resultados | 75 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 82 |
| 10. RECOMENDACIONES..... | 83 |
| 11.- PREESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN..... | 84 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 93 |
| ANEXOS | 96 |

INDICE DE TABLA

| | |
|--|----|
| TABLA N° 1 Índice de IMC/edad | 75 |
| TABLA N° 2 Sustancia psicotrópica de mayor consumo | 76 |
| TABLA N° 3 Efecto de la sustancia psicotrópica en el organismo | 77 |
| TABLA N° 4 Nivel de autoestima según la escala de Rosenberg | 78 |
| TABLA N° 5 Nivel de ingesta calórica | 79 |
| TABLA N° 6 Nivel de actividad física..... | 80 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| GRÁFICO N° 1 Índice de IMC/EDAD | 75 |
| GRÁFICO N° 2 Sustancia psicotrópica de mayor consumo | 76 |
| GRÁFICO N° 3 Efecto de la sustancia psicotrópica en el organismo | 77 |
| GRÁFICO N° 4 Nivel de autoestima según la escala de Rosenberg | 78 |
| GRÁFICO N° 5 Nivel de ingesta calórica | 79 |
| GRÁFICO N° 6 Nivel de actividad física | 80 |
| GRÁFICO N° 7 Correlación entre el estado nutricional y nivel de autoestima..... | 81 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|---|------------|
| ANEXO N° 1 Test de Rosenberg para evaluar nivel de autoestima | 96 |
| ANEXO N° 2 Ficha Nutricional | |
| ANEXO N° 3 Encuesta para indicar el consumo de drogas..... | 101 |
| ANEXO N° 4 Recordatorio de 24 Horas | 102 |
| ANEXO N° 5 Tabla de IMC para la edad, de niños de 5 a 18 años (OMS 2007) | 103 |
| ANEXO N° 6 Tabla de IMC para la edad, de niños de 5 a 18 años (OMS 2007) | |
| ANEXO N° 7 Tabla de IMC para la edad, de niños de 5 a 18 años (OMS 2007) | |
| ANEXO N° 8 Triptico de propuesto | 106 |

RESUMEN

El consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes es un tema reconocido a nivel mundial, siendo los países de Latinoamérica los de mayor consumo. Se debe prevenir a los jóvenes, ya que las consecuencias de esta adicción a largo plazo en ocasiones pueden llegar a ser irreversible, causando daños permanentes en el organismo. Por el cual el objetivo será: determinar el estado nutricional y nivel de autoestima en adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015. El presente estudio fue de tipo no experimental, transversal; con enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo. Y se obtuvieron los siguientes resultados: según el estado nutricional 73% presento desnutrición leve, 20% normo peso y un 7% con obesidad. Según el nivel de autoestima el 100% presento un nivel bajo, el 70%, contesto que la sustancia de mayor consumo es la hachís y referente a su nivel calórico el 69% presenta déficit y un 31% se encuentra normal. Por lo que concluyo los pacientes que consumen sustancias psicotrópicas presentan desnutrición leve, un déficit calórico, un nivel de autoestima bajo. Siendo la droga de mayor consumo la hachís.

Palabras claves: desnutrición, trastorno, sustancias psicotrópicas, autoestima, adolescentes.

ABSTRACT

The consumption of psychotropic substances among adolescents is an issue recognized worldwide, Latin American countries are known as the highest consumption. Young people should be warn, because the consequences of this long-term addiction can become irreversible, causing permanent damage to the body. The objective of this proyect will be: to determine the nutritional status and self-esteem in adolescents who have fallen into addiction to psychotropic substances in an Institution of Basic Education of the city of Guayaquil, present year 2015. The study was not experimental, transversal; with a descriptive quantitative approach and scope. The following results were obtained: by nutritional status 73% had mild malnutrition, normal weight 20% and 7% obese. Depending on the level of self-esteem 100% showed a low level, 70% answered that the substance that is the most consumed is hachis and relate to the caloric 69% presents deficit and 31% is normal. So I conclude patients that take psychotropic substances have mild malnutrition, a caloric deficit, a low level of self-esteem. Being hachis the most common used drug.

INTRODUCCIÓN

Se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. Ello representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, debido al crecimiento de la población mundial, el consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable (INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS , 2015)

La dimensión del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es problemático que sufre trastornos causados por las drogas o drogodependencia. Es decir, unos 27 millones de personas, o casi la totalidad de la población de un país del tamaño de Malasia, son consumidores problemáticos de drogas. Prácticamente la mitad (12,19 millones) utilizan drogas inyectable. (INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS , 2015)

El consumo de drogas en el Ecuador es una problemática real visible desde diversos ámbitos, y que incluso sobrepasó barreras antes pre-establecidas, antes tal vez era común hablar de adultos con conductas dependientes pero en Ecuador la realidad nos golpea diciéndonos que el rango de edad del primer uso de drogas está entre los 12 y 15 años de edad. (CONSEP, 2008)

Por esta razón, frente a un problema de adicción con adolescentes se debe apuntar más a la prevención que a la intervención, promoviendo estilos de vida

saludables, inclusive dentro de las familias, plantar una buena comunicación con la posibilidad de poder remediar los problemas y conflictos de manera oportuna.

Durante la adolescencia, las personas son más propensas al consumo de drogas por una razón importante durante la pubertad y la adolescencia las personas tienen el sentimiento de invulnerabilidad que les caracteriza, siente que todo lo puede, que los accidentes y las cosas malas le pasan a las demás personas pero no a él, porque él siempre podrá controlar y manejar los riesgos. (DASE, 2010)

Dentro de este trabajo es importante que también se cree una protección hacia los niños y adolescentes, no sólo desde los centros de estudio sino que se articulen redes de apoyo para poder diagramar programas efectivos que intercedan desde los distintos organismos estatales y no gubernamentales que trabajan con esta población.

No solo es un problema social sino psicosocial, por lo cual usar los medios de comunicación, medicina, legislación, la penalización como medios para detener el consumo de drogas, se vuelven acciones escasas sino se toma acciones encaminadas al trabajo de la prevención de esta problemática y la promoción de estilos de vida saludables.

Por lo que ligado al consumo de sustancias podemos percibir que estos mismos adolescentes presentan una baja autoestima trayendo consecuencias a largo

plazo como los trastornos nutricionales, se debe trabajar conjunto a la familia, ya que se ha determinado que la mayoría de estos adolescentes comienzan su adicción y falta de autoestima por problemas o falta de cariño en sus hogares.

Este trabajo cuenta con cuatro secciones, en primer lugar se señalan los fundamentos teóricos que guiaron la investigación, segundo se explica la Metodología que fue utilizada, tercero el análisis de los resultados, a partir del instrumento que se utilizó para la investigación en el colegio, por último se exponen las conclusiones y recomendaciones

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el consumo de drogas en los adolescentes va en aumento, se considera como una problemática evidente a diario siendo un tema de conocimiento general y el cual debe ser tratado abiertamente por su facilidad al adquirirlo y los recursos que los adolescentes usan para conseguir el mismo.

Definir la adolescencia con exactitud es incierto por diversas razones. Se sabe de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. (UNICEF, 2011).

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición (Infancia, 2011)

Ligado a esta dicción nos encontramos con problemas de trastornos alimentarios y de autoestima, por lo que no solo es un problema de connotación

social sino psicosocial, por lo cual se deben tomar acciones encaminadas al trabajo de la prevención y la promoción de un estilo saludable.

El estado nutricional de los niños está intrínsecamente relacionado con el crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la vida, y debe evaluarse integralmente considerando el crecimiento armónico en relación con la nutrición (Infancia, 2011).

La mala nutrición se debe al déficit o exceso de nutrientes que influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano, lo cual causa consecuencias en la salud como: poco coeficiente intelectual, poco rendimiento, baja talla, y será propenso a desarrollar enfermedades crónicas y transmisibles. (MSP, 2012).

Actualmente la prevalencia de consumir sustancias psicoactivas ilegales se ha desarrollado en forma apresurada de acuerdo a los informes mundiales y entre los consumidores, muchos son adolescentes, que tienen como factor preponderante el maltrato como violencia interpersonal. (Arevalo, 2010)

Se define consumo: “es el conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de productos, además, la apropiación de cualquier bien es un acto que distingue simbólicamente, integra y comunica, objetiva los deseos y utiliza su satisfacción” (Garcia & Martinez, 2012).

Muchos son los factores desencadenantes de que los adolescentes se inserten en esta clase de consumo que va en contra del desarrollo físico, psíquico y social; entre los que pueden mencionarse las relaciones familiares conflictivas, cambios en los roles y funciones pero sobre todo los desórdenes comunicacionales que impiden una orientación correcta de quienes establecen sus primeras relaciones. (Pinto, 2012)

La falta de información en los adolescentes sobre los riesgos de consumo e uso médico en exceso, conlleva a distorsionar su forma de uso. Las nuevas leyes sino son explicadas con claridad podrían ser tomadas por los adolescentes desde una perspectiva incorrecta, ya que mediante esta resolución se crea por primera vez en el país la cantidad de gramos para el uso lícito de drogas que cualquiera persona puede poseer o tener sin ser considerada discrecionalmente como delincuente. El consumo de drogas en una de las preocupaciones principales, en los centros educativos, las calles, en las iglesias sobre todo para quienes gobiernan el país, por lo que se está involucrando a las familias no solo a los consumidores a participar y trabajar en conjunto para su recuperación.

1.1 Formulación del problema

¿Cuál es el estado nutricional y nivel de autoestima en adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar el estado nutricional y nivel de autoestima en adolescentes que han caído con adicciones a sustancias psicotrópicas en una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015.

2.2. Objetivos específicos

- Evaluar el estado nutricional en función de la antropometría a base del índice de masa corporal en adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015.
- Determinar el nivel de autoestima mediante la aplicación del test de Rosenberg, en adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015.
- Identificar el tipo de narcótico de mayor consumo en los adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015.
- Determinar el requerimiento calórico mediante el recordatorio de 24 horas en los adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015.

3. JUSTIFICACION

Con este trabajo de investigación se pretende explicar la situación actual y los problemas nutricionales que presentan los adolescentes varones entre los 12 y 15 años de edad, que cursan aun la escuela y sus afecciones a causa del consumo de drogas. “Se considera droga toda aquella sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este y por droga de abuso, cualquier sustancia a través de cualquier vía de administración que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral.” (Sanchez, 2010)

Su peligrosidad depende de la cantidad que se ingiera y de la frecuencia de uso. En los círculos transitados por drogadictos, es frecuente ver a mujeres y hombres jóvenes en un lamentable estado de abandono físico: cuerpos débiles y enfermizos, movimientos torpes, cansancio generalizado, miradas vacías, perdidas en el entorno cercano. Sus cuerpos son un amasijo de carne sin energía ni nervio, escasos de potencia y de ánimo caído. (Monrroy, 2011)

En esta etapa, otro factor influyente suele ser la autoestima, conocemos que es uno de los conceptos psicológicos más complejos y de los más difíciles de precisar, a pesar de ser un factor que siempre ha estado presente en cualquier intento de explicación del comportamiento humano normal y patológico. Por lo que conocemos por autoestima a «la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de su autoconcepto, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y auto aceptación». (Martínez, 1999)

La desnutrición no solo es un problema de salud, teniendo en cuenta que existen otros factores como: socioeconómico y físico, que puede afectar los niveles de concentración, convirtiéndolos en personas con poca calidad de vida.

La desnutrición continúa siendo uno de los principales problemas que afectan a nivel mundial sobre todo en países que están en vías de desarrollo, teniendo en cuenta que la valoración nutricional debería formar parte primordial en escuelas de escasos recursos económicos, con el fin de disminuir los riesgos de morbilidad en pacientes de temprana edad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Referencial

El Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición, participo en un estudio multicéntrico europeo para constatar el consumo de tabaco, drogas y alcohol en individuos sanos y en personas con trastornos de la alimentación. Este proyecto se enmarca dentro del V Programa Marco Europeo en el que participan, además de España, Italia, Austria, Reino Unido y Eslovenia. (Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición, 2011).

Participaron 1.664 individuos voluntarios, con una media de edad en torno a los 25 años, colaboraron en el método de evaluación concebido a modo de “diseño caso-control”. Del total de participantes, 879 procedían de unidades de trastornos de la alimentación y 785 eran voluntarios sanos, con predominio de mujeres, la evaluación determinó que el hábito de fumar es un comportamiento que está más generalizado en los individuos con trastornos alimentarios, presentando índices más altos, especialmente en pacientes con una sintomatología bulímica. Además, también reveló que los pacientes con trastornos de la alimentación solían fumar como método de control de peso utilizado en mayor medida que las personas sanas. (Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición, 2011)

En lo que se refiere al uso de las drogas, los datos demostraron que el consumo de estas sustancias era mayor en los pacientes con trastornos de la

alimentación. Sin embargo, contradictoriamente a las previsiones iniciales, el estudio reveló que la ingesta de drogas supresoras del apetito será consumida de igual frecuencia que otras de distinta naturaleza. Igualmente, de acuerdo con las predicciones del equipo de investigadores, los datos mostraron que las sustancias que podían influir en el peso y en el apetito eran consumidas con mayor frecuencia por personas con trastornos alimentarios, especialmente del subtipo bulímico, que por individuos sanos. (Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición, 2011)

A nivel mundial, el cannabis sigue siendo considerado la sustancia de mayor consumo ilegal. Se exploró un pequeño aumento de la prevalencia de compradores de cannabis (180,6 millones, siendo el 3,9% 15 a 64 años de edad) en comparación con las anteriores evaluaciones realizadas en el 2009. (Canestrelli, 2015).

En Ecuador, en la ciudad de Guayaquil se realizó un estudio donde se mostró que el primer consumo de cigarrillos es a los 13 años; el consumo de alcohol a los 13 años y 7 meses; de la marihuana a los 13 años y 2 meses y los inhalables a los 13 años y 4 meses. Se puede apreciar que la marihuana y los inhalables tienen un peso importante, puesto que su consumo aumentó en más del doble en el periodo comprendido entre 1998 y 2005. Asimismo, se detectó de manera estable un aumento significativo en la edad promedio de 13 a 18 años y que las drogas de uso ilegal tienen frecuencias de consumo menores a las legales (marihuana 4,32%, inhalantes 1,62%, cocaína 1,05% y drogas vegetales 0,88%) (Rosa Riofrío Guillén, 2010). El uso de drogas se produce mayoritariamente en contextos de “normalidad social”. Esto quiere decir que, a diferencia de épocas anteriores y del uso de drogas de tipo más “duro”, el consumo de drogas no

responde hoy a conductas de grupos marginales sino que se registra mayoritariamente entre personas que mantienen niveles aceptables de integración social. (Estévez, Jiménez, & Musitu, 2007).

En la actualidad, los adolescentes forman el 18% de la población del mundo, pero reciben mucha menos atención en la escena mundial de lo que su número amerita. Los padres, las madres, los miembros de la familia, las comunidades locales son responsables de causar y proteger el desarrollo de los adolescentes. El poner en vigor leyes y procurar objetivos concretos, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, son maneras esenciales de impulsar la inversión en los jóvenes. (UNICEF, 2011)

La pubertad comienza en momentos fuertemente desiguales para las niñas y los niños, entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses previamente que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden comenzar a menstruar a los 8 años. Hay sospechas de que la pubertad está comenzando mucho más anticipada; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. (UNICEF, 2011)

Coexiste a nivel mundial mayor necesidad de indagar el mundo del adolescente. Esta necesidad es principalmente transparente en los países de

América Latina donde este grupo obtiene un número mayor al 20% de la población total. (MINSAL, Ministerio de Salud),

Datos internacionales proponen que, en la primera infancia (0-4 años), las disconformidades en la situación nutricional de los niños y las niñas de todas las regiones, excepto Asia meridional, son insignificantes desde el punto de vista estadístico. Con el paso de los años, sin embargo, las niñas están más expuestas que los niños a presentar complicaciones nutricionales, particularmente anemia. Según la indagación de 14 países en desarrollo, la incidencia de anemia entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años es considerablemente más elevada que contrapartes masculinas en todos los países, excepto uno. En nueve países salvo la India, todos en África occidental y central, más de la mitad de las niñas entre los 15 y los 19 años sufren de anemia. La mayor prevalencia de insuficiencia ponderal entre las adolescentes de los países que cuentan con datos se registra en la India (un 47%). (UNICEF, 2011)

4.2 Marco Teórico

4.2.1. Adolescencia

Es una edad principalmente dramática y tormentosa en la que se ocasionan incontables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre estilos opuestos. Es como un nuevo nacimiento, supone un corte profundo con la niñez, en la que el joven obtiene los caracteres humanos más elevados.

4.2.1.1 Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia

En cuanto a desarrollo físico, se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción: “pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. No se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar.” (León)

Oscar Dávila León, en el artículo Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes; publicado en la revista, Nociones y Espacio de Juventud. Desde el punto de vista del desarrollo intelectual, se ha venido definiendo la aparición de profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Se denomina a este proceso, período de la operación formal, donde la actuación intelectual del adolescente se acerca cada vez más al modelo del tipo científico y lógico. Junto al desarrollo cognitivo, comienza con la adolescencia la configuración de un razonamiento social, teniendo como relevancia los procesos individuales y

colectivos, los cuales contribuyen en la comprensión del nosotros mismos, las relaciones interpersonales, las instituciones y costumbres sociales. (León)

4.2.1.2. Importancia de la familia en el desarrollo del adolescente

En relación con la conflictividad familiar, es inevitable destacar que la mayor parte de los estudios realizados indican que en la adolescencia temprana suelen aparecer algunas turbulencias en las relaciones entre padres e hijos, en la mayoría de estas relaciones siguen siendo afectuosas y estrechas, ya que los mayores siempre han estimado a este grupo de edad como rebelde e inmaduro, principalmente en periodos en los que no se precisaba su incorporación inmediata al mundo adulto. Así mismo los adolescentes más conflictivos suelen ser aquellos niños y niñas que atravesaron una niñez difícil, ya que sólo un 5% de las familias que gozan de un clima positivo durante la infancia van a experimentar problemas serios en la adolescencia. Aunque las concepciones psicoanalíticas apuntaban al importante papel del enfrentamiento con los padres para el proceso de individuación del adolescente, en la actualidad hay un cierto consenso en considerar que no obstante el conflicto puede ser un camino para dicha individuación, no es el único posible. (Olivia & Aldredo)

Hay que reconocer que la familia es un sistema dinámico sometido a procesos de transformación, que en algunos momentos serán más acusados como consecuencia de los cambios que tienen lugar en algunos de sus componentes. Así, la interacción entre padres e hijos deberá acomodarse a las transformaciones que experimentan los adolescentes, y pasará de la marcada jerarquización propia de la niñez a la mayor igualdad y equilibrio de poder que caracterizan las relaciones parentofiliales durante la adolescencia tardía y la

adulthood emergente, a partir de la pubertad, los cambios intrapersonales en padres e hijos van a representar una perturbación del sistema familiar, que se tornará más inseguro y propiciará un aumento de la variedad de patrones de interacción diádicos posibles, de forma que las discusiones y enfrentamientos convivirán con momentos de armonía y expresión de afectos positivos. (Olivia & Aldredo)

4.2.1.3 Modos de ser familia

Hay varios tipos y son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente estos son: rígida, sobreprotectora, centrada en los hijos, permisiva, inestable e estable; siendo las de mayor interés las siguientes:

- **Familia Rígida:** Conflicto en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres ofrecen un trato a los niños como adultos. No aceptan el crecimiento de los mismos y son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
- **Familia Sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no acceden el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en “infantiloides”. Los padres aplazan su madurez y al mismo tiempo, hacen que estos dependen enormemente de sus decisiones.
- **La familia Permisiva:** En este tipo, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con el pretexto de no ser autoritarios y de querer

razonarlo todo, los consienten hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con reiteración observamos que los hijos tienen mayor poder sobre los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por recelo a que éstos se enojen.

- **Familia Inestable:** La familia no logra ser unida, los padres están indeterminados acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es dificultoso mantenerse unidos por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados, temerosos, con gran conflicto para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incompetentes al momento de expresar sus necesidades. Por lo tanto, frustrados llenos de culpa, rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

4.2.2. Autoestima

4.2.2.1 Definición

Es la evaluación completa que uno hace de su vida personal. Los estudios clásicos resguardan que los factores que mejor predicen la valencia de este juicio son la opinión que los “otros significativos” tienen sobre uno mismo y el grado de eficacia o desempeño que uno percibe en los distintos dominios de su vida. William James sostuvo que el aprecio por los rasgos del Yo no depende de los éxitos obtenidos en los distintos dominios, sino en la relación que se establece en dicho dominios y los niveles de logro esperados. (García Madruga & Delval Merino, 2010)

4.2.2.2 Autoconcepto

Se puntualiza como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son consecuencia de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos. En el autoconcepto se han desenvuelto los componentes físico, académico, personal y social. (Rodríguez Naranjo & Caño González, 2012)

4.2.2.3 Test de Rosenberg

Se entiende por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, lo que se conoce como amor propio. La Escala de Autoestima de Rosenberg es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima. La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Este test nos presenta los resultados clasificando la autoestima en baja, normal y buena (The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students, 2010)

4.2.2.4 Alta y baja autoestima

Autoestima elevada. Si el sujeto ha satisfecho sus necesidades adecuadamente, tanto físicas como emocionales de acuerdo a la Pirámide de Jerarquías de las Necesidades, se deduce por ello que se da un valor y ha aprendido a valorarse por sí mismo; será entonces una persona con una autoestima elevada o alta, lo cual se reflejará en una actitud de autoconfianza,

honestidad, sinceridad, lealtad, etc. elementos que le darán más posibilidades de lograr sus metas y objetivos sorteando las dificultades y adversidades que se le presenten para alcanzarlas. Esta persona se determinará por aceptarse siempre tal como es, siempre intentando superarse, llevándolo a ser una persona asertiva, entendiendo por asertividad a la persona que hará valer sus propios derechos de un modo clara y abierta en base a su congruencia en el querer, pensar, sentir y actuar, siempre respetando la forma de pensar y la valía de los demás. Es consciente de sus trayectorias pero también en sus prohibiciones aunque éstas últimas no serán un obstáculo sino un reto motivador para su desarrollo. Autoestima Baja, contrario del anterior, las necesidades del sujeto tanto físicas como emocionales no han sido satisfechas en forma adecuada, es decir, sus “Dimensiones del Desarrollo” físicas, afectivo-emocional-social, intelectual o cognitivas han quedado insatisfechas. Ni las particularidades intrínsecas ni las extrínsecas han incitado un adecuado valor para su progreso como persona y no ha aprendido a valorarse, por lo que se creará inadecuado, inadaptado, incapaz, inseguro, indefenso y sin valor. (Mejía Estrada, Pastrana Chávez, & Mejía Sánchez, 2011)

.4.2.2.4.1 Factores que desarrollan la baja autoestima

La baja autoestima puede aparecer de la descomunal crítica de los padres. Algunos padres, con muy buena finalidad, utilizan la comparación con otros niños, o la costumbre de dar etiquetas a los hijos o se dejan de premiar las buenas acciones y solo recuerdan desaprobando las malas. (Larraburu, 2009)

Es frecuente que otros niños hagan las mismas acciones, como poner en evidencia algún defecto físico de sus compañeros, o darle motes, o rechazarlos

por ser diferentes. Estas actitudes son muy habituales entre los niños, que a veces no se preocupan exageradamente por los sentimientos de los otros niños.

El problema aparece cuando se llega a creer las críticas de las personas y el llegar a pensar en valer menos que los demás. Cuando pasa esto, se puede transformar el individuo en alguien que solo está pidiendo ser aprobado y valorado por los otros, y esta necesidad de evitar el rechazo hace que se humille y para que lo quieran. (Larraburu, 2009)

4.2.2.5 Enfermedades asociadas a una pobre autoestima

Hay varios problemas psicológicos emparentados a la autoestima, algunos de ellos pueden ser:

La persona con complejos es uno de los modelos de los problemas de la autoestima, cuando esos complejos se colocan en el cuerpo y se hacen muy graves estamos hablando de un Trastorno llamado Dismorfofobia

El autor incluye en este apartado también el alcohol como un problema que involucra a la autoestima. Cuanta más negativa es la autoestima de una persona más probabilidades tiene de recurrir a cuestiones como el alcohol para olvidar la visión negativa que tiene de sí mismo. Además las personas con baja autoestima tienen muchos problemas para pasar a la acción y el alcohol es un inhibidor muy importante en este sentido. Además el alcohol suele tomarse en situaciones sociales y la presión social es un factor muy importante para las personas con baja autoestima. (Francois & Christophe, 2011)

La autoestima sin embargo tiene graves consecuencias a largo plazo. Por un lado se sabe que alrededor de un 98% de las personas alcohólicas sufrirá depresión en algún instante dado y altera mucho la autoestima de la persona dependiente. Las terapias que mejor trabajan de hecho con este tipo de pacientes son aquellas que manifiestan tener unos buenos conocimientos de lo que es la autoestima y de cómo trabajarla. (Francois & Christophe, 2011)

También las personas que han sufrido un trauma, físico o psicológico, tienen inconvenientes graves con la autoestima. Por regla general cuanto más grave haya sido la agresión, más intenso es el trauma psicológico. Por ejemplo sabemos que las mujeres maltratadas tienen una autoestima mucho más baja que las que no lo son. (Christophe & Francois, 2000)

4.2.2.6 Nutrición y aspectos psicológicos de la drogadicción

Es posible que las personas que renuncian a una fuente de placer importante para ellos, no estén listas para realizar otros cambios drásticos en el estilo de vida. Por lo tanto, es de mayor importancia que las personas eviten recaer en su adicción a seguir una dieta estricta. Sin embargo, será transcendental implementar la incorporación de una buena alimentación en tanto estructura de vida como un objetivo secundario, a largo plazo, y no dejarlo sin trabajar terapéuticamente, ya que no se debe olvidar que la alimentación es un bien de consumo, con lo cual muchos de estas personas pueden deslizar del objeto droga al objeto comida el mecanismo adictivo, y así trocar sin rehabilitarse del trastorno en sí.

4.2.3. Adicciones

La Organización Mundial de la Salud, define a la drogadicción como el consumo repetido de una droga que lleva a un estado de intoxicación periódica o crónica. Y respecto del término droga propone utilizarlo para referirse a: “cualquier sustancia que introducida en el organismo es capaz de modificar una o varias de sus funciones”. (Barrionuevo, 2011)

4.2.3.1 Tipos de drogas

Estimulantes: Cocaína, anfetamina, metanfetamina (ej. éxtasis) Sus efectos de estimulación sobre el Sistema Nervioso Central o cerebro producen euforia, irritabilidad, taquicardia, insomnio etc. Los estimulantes potentes como las anfetaminas, cocaína y drogas de síntesis dependiendo de la dosis consumida pueden producir una inadecuada percepción del riesgo y provocar conductas peligrosas de ahí que aumenten los accidentes de tráfico.

Sedantes/Depresoras: Opiáceos y opioides (heroína, codeína, Metadona) Benzodiazepinas (Rohipnol (Flunitrazepam) Valium (Diazepam). Originan depresión en el Sistema Nervioso Central, con efectos de relajación y bienestar. En Seguridad Vial son muy peligrosas en potencia porque retrasan el tiempo de respuesta y el rendimiento psicomotor.

Alucinógenos/Sustancias perturbadoras de la percepción: Cannabis (hachís y marihuana), LSD, psilocybine, mescalina, fenciclidina (PCP). En general producen efectos perturbadores o sedantes, alteraciones de la percepción

(sensación del tiempo y tacto) y algunas como el LSD llegan a producir alucinaciones y pérdida de la realidad.

4.2.3.1.1 Clasificación de sustancias psicotrópicas según su efecto

| | | |
|---|--|--|
| Psicolépticos (disminuyen el tonus) | | |
| Que actúan sobre la vigilancia. | Hipnóticos. | Barbitúricos. No barbitúricos. |
| Que actúan sobre el humor. | Neurolépticos. | Fenotiazinas. Reserpínicos. Butirofenonas. |
| Actúan sobre la vigilancia y el humor. | Tranquilizantes. | Procalmadiol. Diazepóxido. |
| Psicoanalépticos (elevan el tonus) | | |
| Estimulantes de la vigilancia. | Anfetaminas y derivados. | |
| Estimulantes del humor. | Antidepresivos. | Diazepínicos. Inhibidores de la MAO. |
| Psicodislépticos (distorsionan el tonus) | | |
| Alucinógenos u onirógenos. | Mezcalina. Lisergamida. Psilocibina. | |

Clasificación de las drogas según el efecto principal que producen en el consumidor. Jean Delay, 1958

4.2.3.2 Tipo de sustancia de mayor consumo

Una variedad manufacturada de la marihuana es la resina, que se llama hachís (que en árabe significa “hierba seca”), que se obtiene mediante la extracción de los tricomas normalmente secada y cortada en bloques de color marrón bastante oscuro y levemente verdoso y del que también existe una

variedad líquida o hash oil (“aceite de hachís”). La forma más usual de consumo es en forma de cigarrillo liado a mano: en estos casos se usan directamente los cogollos, secos y desmenuzados, o bien el hachís mezclado con tabaco rubio o negro.

La planta del cánnabis sativa, de la que se extrae la marihuana y el hachís, es la sustancia ilegal más consumida entre la población general y sobre la cual, tal vez, existe mayor controversia. Posee más de 400 sustancias químicas de las cuales más de 60 son psicoactivas, llamadas cannabinoides. De todas estas sustancias cannabinoides, las que influyen directamente son tres: el THC, el CBD y el CBN, aunque el más importante a nivel psicoactivo es el THC (tetrahidrocannabinol). (Escoms, 2014)

4.2.3.3 Hachí

El hachís (también llamado “chocolate”) es una pasta formada por las secreciones resinosas de THC que se almacenan en las flores de la planta hembra. El hachís se encuentra en forma de tabletas, de palitos, de barritas o de bolitas, contiene por lo general concentraciones mucho más altas de THC y por eso el efecto suele ser más potente que el de la marihuana. El THC es soluble en grasa, por lo que tiende a acumularse en los tejidos adiposos del organismo (fundamentalmente en el cerebro). Tiene una vida aproximadamente de siete días, lo cual representa que una semana posteriormente de que la consume, el organismo no ha alcanzado eliminar más que un 50 % de la sustancia.

- Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi seguidamente y duran entre dos y tres horas.

- Por vía oral la absorción es más lenta y sus efectos emergen entre la media hora y las dos horas, pudiendo durar hasta 6 horas.

4.2.3.3.1 Sustancias que contiene

- Hachis: elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- Aceite de hachís: resina de hachís disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.

El THC, principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente. Tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50%. Aunque sólo lo consuman los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos. (Escoms, 2014)

4.2.3.4 Drogas y peso corporal

El cuerpo reacciona de distintas maneras, en algunas ocasiones algunas personas que comienzan a consumir drogas van perdiendo peso mientras que aquellas que intentan dejarlas empiezan a ganarlo.

Diversos estudios han demostrado que existe una relación entre los problemas de peso corporal (ya sea por exceso o por defecto) y el consumo de drogas; en las personas que sufren sobrepeso su consumo es elevado o que están excesivamente delgadas, especialmente en personas con trastornos alimenticios (anorexia, bulimia...).

Esto ocurre especialmente en persona que sufren de baja autoestima, con problemas familiares, mala situación económica, bajo nivel educativo y que se relacionan en ambientes. El motivo que les empuja a introducirse en él suele ser, en ambos casos, el perder peso.

Existen personas que no sufren ninguno de estos aspectos sin embargo al momento de iniciar el consumo de drogas su aspecto va cambiando, influyendo de esta manera a inducirlos a algunos de trastornos. Preexiste un conjunto de drogas que son estimulantes del sistema nervioso central, como la cocaína, las anfetaminas o la nicotina. Estos estimulantes lo que provocan en nuestro organismo es una aceleración del metabolismo, aumentando el gasto energético y quemando de esta manera la grasa aceleradamente, de forma que algunas de estas drogas han sido creadas para adelgazar. Sin embargo, cuando dejas de consumirlas, la aceleración del metabolismo se frena y el gasto energético se une con la necesidad que siente la persona de comer. Este aumento del apetito se debe a la ansiedad producida por la abstinencia, que nos lleva a buscar un sustituto en la comida.

4.2.3.5 Tratamiento nutricional

Se recomiendan las comidas habituales diarias y un plan alimentario que se enfoque en una dieta baja en grasas con aumento del consumo de proteínas, carbohidratos complejos y fibra alimenticia. Debido a las deficiencias de vitaminas producidas por los hábitos alimentarios irregulares durante el período de consumo de drogas,

Es necesario el suplemento con vitaminas y minerales durante la recuperación. Entre las vitaminas específicas que requieren suplemento se incluyen: complejo B, zinc y vitaminas A y C.

La recaída en el consumo de drogas es más probable cuando los niveles de azúcar en la sangre fluctúan debido a la ingesta irregular de alimentos, razón por la cual es tan importante el consumo de las comidas regulares.

Los adictos a menudo olvidan cómo es la sensación de tener hambre y en su lugar la interpretan como un deseo por consumir droga, de tal manera que se los debe estimular para que consideren la posibilidad de tener hambre cuando estos deseos se vuelvan muy fuertes.

La deshidratación es común durante la recuperación de la drogadicción y es importante recalcar la importancia del consumo de líquidos durante y entre las comidas; el apetito retorna durante la recuperación, lo que puede producir una tendencia a comer en exceso.

Se debe enseñar a la persona a consumir comidas y refrigerios saludables y evitar en lo posible comidas altas en calorías con bajo valor nutritivo. Los siguientes principios mejoran la capacidad del cuerpo para tener éxito en el período de recuperación:

- Actividad física y reposo adecuados
- Suplementos de vitaminas y minerales
- Reducir la cafeína y evitar el cigarrillo en lo posible

- Ingerir comidas y refrigerios nutritivos

4.2.3.6 Actividad física en la adolescencia

Al realizar actividad física en la adolescencia se generan una serie de beneficios que incluyen un crecimiento y desarrollo saludable del sistema cardiorespiratorio y musculo-esquelético, el mantenimiento del equilibrio calórico, y por lo tanto, un peso saludable, ayuda también a prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como dominar interacciones sociales, sentimientos de satisfacción personal y bienestar mental. (Dra Aznar & Dr Webster, 2015)

Es importante para el bienestar psicológico. El ejercicio proporciona un medio importante para que niños, niñas y adolescentes tengan éxito, lo que favorece a mejorar su bienestar social, su autoestima y sus percepciones sobre su imagen corporal, y nivel de competencia, incitando un efecto más positivo en aquellos que ya tengan una baja autoestima. (Dra Aznar & Dr Webster, 2015)

4.2.4. Trastornos nutricionales

4.2.4.1 Definición de trastornos nutricionales.

Es una enfermedad que causa severas molestias en su dieta diaria, las personas que sufren de este trastorno suelen demostrarlo ingiriendo comida en cantidades muy pequeñas o en exceso. Pero en algún período el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control. La forma del cuerpo o el peso

suelen ser una de las intranquilidades por las que también se puede identificar un trastorno.

Generalmente se presentan durante la adolescencia o adultez temprana, pero en ocasiones se puede presentar durante la niñez o la adultez avanzada. Los más habituales son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa afectando tanto a hombres como a mujeres. (Trastornos Alimenticios, 2011)

4.2.4.2 Frecuencia de personas que padecen trastornos alimenticios

Las edades de aparición del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia agranda entre los 12 y los 17; las personas mayores que la padecen es posible que lo hayan comenzado entre estas edades. Incluso se ha comprobado que a edades más temprana también se suele presentar. Se muestra con mayor frecuencia en las mujeres, aunque en los últimos años se ha incrementado el número de casos en hombres.

”Comer demasiado y estar pasado de peso resulta culturalmente más aceptable y menos notorio en el caso de los hombres, por lo que los trastornos pueden pasar inadvertidos, de cada 10 personas que presentan anorexia o bulimia, 9 son mujeres.” (Galván, Weissberg, & Quesnel)

4.2.4.3 tipos de trastornos de la alimentación

4.2.4.3.1 Anorexia nerviosa

Las personas que padecen de este trastorno suelen observarse con aumento de peso, incluso estando delgadas. Se tornan trastornadas al control de peso y comidas, por lo frecuente suelen pesarse varias veces inclusive en el mismo día, racionan la comida cuidadosamente y solo consumen pequeñas cantidades de ciertas comidas para no sentir culpabilidad por el exceso.

No obstante, ciertos individuos suelen atravesar por indiscutibles episodios de atracones seguidos de una dieta extrema y/o exceso de ejercicios, vómitos autoinducidos y abuso de laxantes, diuréticos o enemas. Algunas personas con anorexia nerviosa se recuperan con tratamiento posteriormente del primer episodio. Otras mejoran, pero tienen recaídas. Incluso otras sufren una forma más crónica o de una anorexia nerviosa más prolongada, en la que su salud empeora mientras luchan contra la enfermedad. (Trastornos Alimenticios, 2011)

4.2.4.3.2 Bulimia Nerviosa

Quien la sobrelleva suele comer en grandes cantidades (generalmente comida chatarra) y suelen hacerlo a escondidas, luego trata de compensarlo con medidas rápidas regularmente, como el ejercicio físico en exceso, el vómito inducido y al uso de laxante de manera habitual, al menos dos veces por semana, durante un par de meses. Con el tiempo, esto puede resultar peligroso, tanto física como emocionalmente, pudiendo llevar a conductas compulsivas, sintiendo que no consiguen dejar de comer y solo lo hacen cuando están demasiado llenos para continuar comiendo. Estos atracones no corresponden a circunstancias

como ir a una fiesta, comer pizza en exceso y al día siguiente decidir ir al gimnasio y comer más sano; las personas bulímicas pueden tener un peso normal o estar un poco excedidas de peso. (New, 2011)

4.2.4.4 Efectos que causan los trastornos alimenticios en los hombres

Tanto en conocimientos biológicos como sociales, la pubertad los aproxima al ideal cultural de la masculinidad, suelen pronunciar intranquilidad, sobre su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos.

Entre los hombres comienzan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de fomentar productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un aumento del índice de trastornos alimenticios entre la población masculina. Tanto para los hombres como para las mujeres la adolescencia constituye un momento importante en el proceso de definición de la identidad y orientación sexual, este factor también puede interponerse en el desarrollo de los trastornos alimenticios. En la sociedad actual se establece un modelo cultural único para ambos sexos: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es un cuerpo natural, sino que se consigue con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos. (Galván, Weissberg, & Quesnel)

4.2.4.5 Síntomas de los trastornos alimenticios

4.2.4.5.1 Síntomas de la Anorexia

- Pérdida de masa ósea (osteopenia u osteoporosis)
- Cabello y uñas quebradizas
- Piel seca y amarillenta
- Anemia leve, agotamiento y debilidad muscular
- Constipación severa
- Presión sanguínea baja, respiración y pulso lento
- Disminución de la temperatura corporal interna, lo que provoca que la persona sienta frío en todo momento
- Letargo, pereza o cansancio todo el tiempo Infertilidad
- Adelgazamiento extremo (emaciación).
- Continúa búsqueda de delgadez y negación a mantener un peso normal o saludable.
- Miedo intenso a subir de peso.
- Autoestima significativamente influenciada por las percepciones de la forma y el peso del cuerpo o negación de la gravedad del bajo peso corporal.
- Falta de menstruación en niñas y mujeres.
- Alimentación extremadamente restringida.

4.2.4.5.2 Síntomas de la bulimia

- Garganta inflamada e irritada en forma crónica
- Glándulas salivales inflamadas en el área del cuello y la mandíbula
- Esmalte de los dientes gastados, dientes cada vez más sensibles y cariados como resultado de la alta exposición al jugo gástrico

- Trastorno de reflujo gastroesofágico (ácido) y otros problemas gastrointestinales
- Dolor e irritación intestinal a causa del abuso de laxantes
- Gran deshidratación a causa de la pérdida de líquidos al vomitar o defecar por la acción de laxantes
- Desequilibrio electrolítico que puede conducir a un ataque cardíaco (niveles muy bajos o muy altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales).

4.2.4.6 Diagnóstico temprano

- Puede ser tratado y recuperar un peso saludable.
- Es primordial realizar un diagnóstico temprano para conseguir un éxito total en el tratamiento.
- Exigen tratamientos largos y adecuados a cada situación, pero siempre deberá estar presente el compromiso de los profesionales médicos y el paciente.
- Un buen tratamiento contara con el vínculo de: cuidado y revisión médica, intervenciones psicosociales, asesoría nutricional y, cuando sea adecuado, control de medicamentos

4.2.4.7 El tratamiento para los trastornos alimentarios

Las personas que padecen estos trastornos pueden mejorar y progresivamente aprender a comer normalmente. Los trastornos alimentarios están relacionados tanto con la mente como con el cuerpo. Por lo tanto, tanto los médicos clínicos como los profesionales de la salud mental y los nutricionistas participan del tratamiento y la recuperación de una persona. (New, 2011)

Según Michelle New Psicóloga clínica en niños; las terapias o el asesoramiento son una parte crucial de la recuperación. En la mayoría de casos, para volver a comer sano la terapia familiar es un punto clave. Los padres y otros miembros de la familia desempeñan un rol importante en apoyar a las personas que deben recuperar peso y tienen miedo de hacerlo, o que deben aprender a aceptar el cuerpo que su cultura, los genes y el tipo de vida les permite tener. (New, 2011)

Sentirse a gusto con un peso saludable es un proceso. Demanda tiempo deshacerse de algunos hábitos y volver a aprender otros. Se puede aprender a aceptar el cuerpo de uno mismo, aprender conductas alimenticias y la relación entre lo emocional y la alimentación. (New, 2011)

4.2.5 Nutrición en la adolescencia

Se originan importantes modificaciones en el organismo, agranda su tamaño y modifican su morfología y composición. Surgen los caracteres sexuales primarios y secundarios según una secuencia predeterminada pero con variaciones cronológicas entre ambos sexos e influida por causas de carácter étnico, ambiental, cultural y nutricional.

4.2.5.1 Necesidades nutricionales

La nutrición en la adolescencia es muy importante ya que debe contribuir los nutrientes necesarios para el abastecimiento energético y la formación de

estructuras, así como interactuar con las hormonas encargadas del crecimiento y maduración. Por esto, las necesidades nutricionales durante esta etapa se aumentan y deben ser ajustadas en función del crecimiento, la composición corporal y el grado de madurez puberal.

Líquidos: En la actualidad no han sido determinadas las necesidades hídricas de los deportistas adolescentes, aunque se puede seguir las recomendaciones para los adultos que es 1 ml /Kcal consumida. Petrie y col recomiendan una ingesta hídrica de 600 a 1300 ml por hora mediante agua o bebidas isotónicas.

Energía: Se debe garantizar el correcto desarrollo y maduración de los distintos sistemas y tejidos orgánicos del adolescente, así mismo como el buen rendimiento en la práctica deportiva y en el colegio. Dependerá del tipo de ejercicio o actividad y del tiempo que se necesite mantener al máximo esfuerzo. Se debe adaptar a la edad, peso, talla del individuo, y actividad física, sin embargo se ha estimado que entre las edades de 14 a 18 años que realizan una práctica intensa del deporte las recomendaciones pueden ser entre 3000 y 3800 kcal diarias.

Desde el año 2001, existen nuevas recomendaciones de energía por la FAO/OMS, las que pueden ser estimadas con las siguientes fórmulas que consideran edad, sexo y actividad física.

| EDAD | HOMBRES | MUJERES |
|-------------|-----------------------|---------------------|
| 0 – 3 años | $TMB = 60,9 * P - 54$ | $TMB = 61 * P - 51$ |

| | | |
|----------------|------------------------|------------------------|
| 3 – 10 años | $TMB = 22,7 * P + 495$ | $TMB = 22.5 * P + 499$ |
| 10 – 18 años | $TMB = 17,5 * P + 651$ | $TMB = 12.2 * P + 746$ |
| 18 – 30 años | $TMB = 15,3 * P + 679$ | $TMB = 14,7 * P + 496$ |
| 30 – 60 años | $TMB = 11.6 * P + 879$ | $TMB = 8,7 * P + 829$ |
| Más de 60 años | $TMB = 13,5 * P + 487$ | $TMB = 10,5 * P + 596$ |

Ecuaciones Método FAO/OMS/UNU 2004

| ACTIVIDAD | HOMBRES | MUJERES | ACTIVIDAD FÍSICA |
|------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| Sedentaria | 1,2 | 1,2 | Sin actividad |
| Liviana | 1,55 | 1,56 | 3 horas semanales |
| Moderada | 1,8 | 1,64 | 6 horas semanas |
| Intensa | 2,1 | 1,82 | 4 – 5 horas diarias |

Ecuaciones Método FAO/OMS/UNU 2004

4.2.5.2 Valoración nutricional

“La curva de velocidad de crecimiento posee una rama ascendente de dos años de duración y otra descendente de tres aproximadamente, con diferencias entre ambos sexos, pues en la mujer, la fase de máxima aceleración, unos 8 cm/año, tiene lugar unos 6 a 12 meses antes de la menarquia y coincide con un incremento de la grasa adicional responsable del aumento de peso. En el varón

es de unos 9 cm/año, sucede más tardíamente, coincide con la fase de desaceleración de la mujer y el aumento del peso se debe al mayor desarrollo de su masa muscular.” (Silber & Munist)

Las proporciones entre la masa magra de los varones y las mujeres son de 1,44/1 y entre los pesos de 1,25/1 y al final de la pubertad sus contenidos en tejido adiposo son el 12 y el 25 % de sus pesos. La relación masa magra/ masa grasa en la mujer antes de la pubertad es de 5/1, desciende a 3/1 al final y poseen el doble de tejido adiposo y solo el 66% del tejido magro de los varones. (Silber & Munist)

La velocidad y el aumento de peso concuerdan con la de la estatura en el sexo masculino, pero en el sexo femenino ocurre seis a nueve meses después del estirón. Esa velocidad de aumento y estatura de peso igualmente debe relacionarse con el estadio de desarrollo puberal según la clasificación de Tanner. Es máxima durante el estadio 3 o premenarca en el sexo femenino y en el estadio 4 en el sexo masculino. Las necesidades nutricionales se reducen después de la menarca y, en ambos sexos después de la fusión total de las epífisis óseas y al final de esta etapa de maduración biológica (Mahan & Arlin, 2012)

4.2.5.2.1 Historia dietética

Permite establecer el patrón de consumo alimentario usual. Y conocer preferencias y aversiones alimentarias, orden/lugar de la comidas, gustos, técnicas culinarias, usos de alimentos, estilo de vida.

4.2.5.2.2 Método recordativo de 24 horas

Este método es quizás el más utilizado, por la facilidad de realizarlo en pocos minutos de entrevista. Puede utilizarse en periodos cortos (horas) hasta 7 días y repetirse varias veces en un año. Puede ser realizado también en forma de encuesta telefónica o autoadministrada; ni requiere demasiada memoria; es de corta duración y es útil para aplicar en grupos poblacionales. La exactitud de la información obtenida depende en parte de la correcta identificación del alimento y sus cantidades, la codificación y los procedimientos de cálculo para convertir la ingesta dietética en nutrientes y también depende de las bases de datos de composición de alimentos utilizadas. Se pueden usar dibujos, fotos o modelos de los alimentos para calcular las porciones. Una desventaja es que depende de la memoria del entrevistado y a veces el tamaño de las porciones es difícil de calcular por lo que hay una tendencia a la infravaloración de las ingestas. (Janezic, Lic.Nut. O'Conor, Bazán, & Gancedo)

4.2.5.3 Requerimiento Nutricional

Los requerimientos medios de energía son, en hombres, de 2.280 y 3.150 kcal/día para las edades de 10-13 y de 14-18 años, respectivamente, y para mujeres, de 2.070 y 2.370 kcal/día para los mismos grupos de edad. Sin embargo, en este tiempo las necesidades energéticas se alteran extraordinariamente de un individuo a otro, dependiendo de la altura, el IMC, el sexo y especialmente el nivel de actividad física. Así; podríamos decir que una mujer sedentaria con una altura de 1,65 m y un IMC de 18,5 kg/m² precisa 1.800 kcal/ día, mientras que un varón de 1,80 m y un IMC de 18,5 kg/m² precisa de 2.800 a 3.200 kcal/día, dependiendo de si es activo o muy activo.

Por ello es necesario efectuar las correcciones en los componentes de la dieta de modo que esta contenga un 12% de proteínas de las que las dos terceras partes serán de origen animal y un tercio vegetal; un 30 a 35 % de grasas, no sobrepasando el 10% en saturados y se puede permitir hasta un 15 a 18% de monoinsaturados; los hidratos de carbono fundamentalmente complejos deben aportar más del 50 % del total de la energía y por debajo del 8 al 10 % de azúcares refinados. (Mahan & Arlin, 2012)

- Proteínas: 0,95 g/kg/día para 10-13 años, y de 0,85 g/kg/día para 14-18 años, lo que significa un aporte aproximado de 34 g/día para el grupo de 10-13 años, y de 52 g/día en varones, con el rango sobre el VCT del 10 al 30%.
- HC: 130 g/día (45-65% del VCT); aporte de fibra de 31 y 38 g/día.
- Lípidos: aporte entre el 25 y el 35% del VCT, de 12 y 16 g/día (5-10% del VCT) para varones y 10-11 g/día (5-10% del VCT) para mujeres.

Los requerimientos de la mayoría de micronutrientes se incrementan durante el embarazo y sobre todo durante la lactancia, especialmente el de determinadas vitaminas (A, C, folatos) y minerales (calcio, yodo, cobre), cuyos requerimientos son un 30-70% superiores a los de las mujeres de su misma edad. (Dalmau Serra, 2010)

4.2.5.4 Evaluación del estado nutricional

La antropometría es una técnica apacible y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. Las mediciones más sencillas son el peso y la talla, IMC, y en el caso de niños y adolescentes la edad también se

utiliza para poder evaluar el estado nutricional de los mismos. Las tablas de referencias de crecimiento de la población son unos de los instrumentos más usados en salud pública y clínica médica, sirviendo para delinear políticas sociales y monitoreo de programas, individualmente para control de crecimiento y promoción de la salud. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

La talla para la edad se relaciona con efectos socioeconómicos acumulados, si la consunción es poco frecuente es posible utilizar también el peso para la edad. Sin embargo si la consunción es frecuente el peso para la talla es el indicador. De igual modo es utilizado para intervenciones contra la obesidad. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Peso

Fuerza de atracción gravitatoria ejercida por un astro sobre el cuerpo. En el ser humano se expresa en unidades de medidas (g, kg, etc.).

La determinación del peso corporal se realiza utilizando una balanza con precisión de 100mg. Las personas se ubican en el centro de la plataforma de la balanza, vestidas con ropa de actividad física, descalzos, sin abrigos.

Talla

Es la medición de la estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza.

Peso y Talla

Se pueden relacionar entre sí o con la edad para compararlos con patrones de referencia. Permiten seguimientos en forma longitudinal y analizar el patrón y velocidad del crecimiento.

- Peso para la edad: Permite identificar desnutrición de tipo global.
- Peso para la talla: Permite identificar desnutrición aguda.
- Talla para la edad: Las variaciones en la talla no son tan rápidas como en peso, por lo que un registro bajo se puede interpretar como desnutrición crónica.

Masa Muscular

Todo el músculo esquelético del cuerpo, incluyendo tejido conectivo, ligamentos, nervios, vasos sanguíneos, sangre y una cantidad indeterminada de tejido adiposo no separable físicamente del músculo.

4.2.5.5 Índice de masa corporal

Es la relación entre el peso y la talla de una persona y se calcula a partir de la fórmula; en la que el peso (en Kg) se divide por la talla (en mt) al cuadrado.” (Vázquez Martínez, De Cos Blanco, & López Nomdedeu, 2005)

4.2.5.5.1 Tabla de IMC

| EDAD | SOBREPESO | NORMAL | DESN. LEVE | DESN. MODERADA | DESN. SEVERA |
|-------------|------------------|---------------|-------------------|-----------------------|---------------------|
| 12:0 | 19.9–23.5 | 15.8–19.8 | 14.5–15.7 | 13.4–14.4 | < 13.4 |
| 12:6 | 20.4–24.1 | 16.1–20.3 | 14.7–16.0 1 | 13.6–14.6 | < 13.6 |
| 13:0 | 20.8–24.7 | 16.4–20.7 | 14.9–16.3 | 13.8–14.8 | < 13.8 |
| 13:6 | 21.3–25.2 | 16.7–21.2 | 15.2–16.6 | 14.0–15.1 | < 14.0 |

| | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 14:0 | 21.8–25.8 | 17.0–21.7 | 15.5–16.9 | 14.3–15.4 | < 14.3 |
| 14:6 | 22.2–26.4 | 17.3–22.1 | 15.7–17.2 | 14.5–15.6 | < 14.5 |
| 15:0 | 22.7–26.9 | 17.6–22.6 | 16.0–17.5 | 14.7–15.9 | < 14.7 |
| 15:6 | 23.1–27.3 | 18.0–23.0 | 16.3–17.9 | 14.9–16.2 | < 14.9 |

Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad,
Agosto 2012

4.2.5.5 Factores de riesgo nutricionales

Hay que considerar el aumento de las necesidades producidas por los cambios biológicos, para los se demandan importantes cantidades de macro y micro nutrientes, que están en relación con su estadio de desarrollo. Otros son de carácter sociocultural, como la omisión de alguna comida corrientemente el desayuno, la propagación de establecimientos de comidas rápidas que repercute sobre el incremento de su consumo, la exageración del consumo de gaseosas y bebidas refrescantes, las dietas erráticas y caprichosas, la dieta familiar inadecuada y el consumo de un mayor número de comidas fuera de la casa por motivos de estudio o laborales. Existen otras circunstancias que también constituyen un factor de riesgo nutricional como la enfermedad crónica, embarazo, actividad deportiva, medicación crónica y abuso de drogas. En la actualidad se aprecia en este grupo de edad un incremento del consumo de proteínas, grasas saturadas, colesterol, hidratos de carbonos refinados y sal. Por el contrario este es bajo en hidratos de carbonos complejos, fibras, frutas y vegetales. (Mahan & Arlin, 2012)

4.2.6. Desnutrición

“La palabra desnutrición señala toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuizar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas.” (Gómez, 2003)

Es un estado patológico causado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por exceso gasto metabólico. Se puede fraccionar en primaria o desnutrición leve, o desnutrición secundaria. Trastorno que sucede por déficit de nutrientes necesarios; se puede establecer su estado nutricional a través de un examen de laboratorio (orina y sangre) o realizando valoración nutricional, IMC con su peso y talla, entre sus síntomas.

4.2.6.1 Tipos de desnutrición

La clasificación de los distintos grados de desnutrición ha sido objeto de terminología también distinta y a veces confusa y poco connotativa. Recubre diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica.

4.2.6.2 Grados de desnutrición

4.2.6.2.1 Desnutrición leve

Desnutrición leve, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

El peso corporal corresponde de 76 al 90% del esperado para la edad y la talla, así como la velocidad de crecimiento, el desarrollo psicomotriz y la pubertad, son normales o tienen un retraso leve. Se asume que en estas condiciones se consumen las reservas nutricionales pero se mantiene la función celular.

4.2.6.2.2 Desnutrición moderada

Desnutrición moderada, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos dos y menos 2.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Puede deberse a un peso bajo para la talla (emaciación) o a un peso bajo para la edad (retraso del crecimiento) o a una combinación de ambos. La emaciación y el retraso del crecimiento moderados se definen igualmente como un peso para la talla o un peso para la edad entre -2 y -3 puntuaciones zeta. (OMS, 2015)

4.2.6.2.3 Desnutrición severa

Desnutrición grave, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de tres o más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

4.2.6.3 Síntomas

Alternan según el nutriente deficiente. El marasmo o malnutrición caloríaproteica afecta la maduración del sistema nervioso central durante la infancia, por lo que como consecuencia causa retraso en el desarrollo mental y capacidad motora y de aprendizaje.

La deficiencia de vitamina y minerales provoca varias manifestaciones. Cuando el cuerpo no ingiere cantidades adecuadas de proteína o estas no cuentan con el valor biológico, puede producir alteración en la mucosa epitelial del intestino, afectando la producción de enzimas intestinales y concluye afectando el proceso de digestión de carbohidratos y la absorción de lípidos. Los hidratos de carbono poseen la capacidad de retener agua y electrolitos: las dietas que no aportan las cantidades suficientes pueden sufrir de pérdida de agua, sodio y potasio causando fatiga y pérdida de peso.

4.2.6.4 Diagnostico

El diagnostico de forma clínica es examinando al pacientes, a su vez se analiza el índice de masa corporal el cual debe (el peso en kilogramos sobre altura en contadores ajustó - el $\text{Peso/altura (en m)}^2$) y mediados de circunferencia. Otras pruebas diagnósticas incluyen los análisis de sangre rutinarios para la detección de la anemia, de la infección crónica.

4.2.6.5 Tratamiento.

El tratamiento depende de la severidad de la desnutrición, por lo cual intervienen varios factores; la causa subyacente de la malnutrición; capacidad de alimentarse a sí mismo; y la capacidad para comer y digerir los alimentos normalmente. Se considera a su vez lugar de vida del paciente, edad y estado mental, estos factores determinan el plan de tratamiento, así como donde se trata el paciente.

4.2.6.6.1 tratamiento de primer grado de desnutrición

El tratamiento de la desnutrición de primer grado es sencillo y rápido, a menos que obedezca a infecciones incontrolables o a defectos congénitos imposibles de remediar.

Si la causa es por sub-alimentación, como pasa en un 90% de los casos, basta completar las necesidades energéticas del paciente con una dieta apropiada para su edad y antecedentes, para que el niño recupere su peso, vuelva a su buen sueño, y a su disposición general.

Aumentar gradualmente el consumo de proteínas, hidratos de carbono, agua, minerales y vitaminas, monitorear periódicamente el índice de masa corporal para verificar si mejora o capacidad de respuesta a las intervenciones dietéticas.

4.2.6.5.2 Tratamiento de desnutrición de Segundo Grado

Dar una alimentación de alto valor energético en el menor volumen de la fórmula, para poder administrar 250, 300 o más calorías por kilo, por día, sin acarrear vómitos

Hay otra serie de medidas que se deben tomar en cuenta: Complejo B de suero fisiológico 25 c.c. por día; estimular la actividad de la piel con fricciones generales de alcohol a 50%, vigilar la ingestión suficiente de líquidos, imponer cierto grado de actividad física para combatir la astenia y la indiferencia.

4.2.6.5.3 Tratamiento de desnutrición de Tercer Grado

- Alimentos en pequeño volumen, sin grasa y de gran valor energético a expensas de los hidrocarbonados y las proteínas, son los de elección.
- Leche láctea semidescremada o miel de maíz es el alimento con el que se inicia la realimentación en el Hospital; al mismo tiempo, si el niño pasa de un año, se agrega pan para provocar la masticación y la salivación, y plátano bien maduro.
- Todo síntoma agudo debe de combatirse con tenacidad: infección enteral, infección parenteral, infecciones de la piel, etc.
- Se agrega Complejo B, vitamina C y vitamina A si encontramos signos de carencia a estos factores.
- Con frecuencia se producen reacciones inversas a medida que más alimento se da, principalmente si son prótidos, el peso disminuye en lugar de aumentar. Esta reacción se debe a la barrera hepática que no puede

llevar a cabo su función normal sobre las proteínas. Se recomienda, diariamente una proporción de 3 a 4 gramos por kilo.

- Incrementar en la dieta en forma paulatina: huevo, jugo de carne, sopas, etc., hasta dar la dieta normal para la edad.
- No debe de hacerse cambio dietético alguno tratando de acelerar la curación
- Requiere tres o cinco meses de cuidados constantes.

4.2.6.6 Recomendaciones

- El primero grupo está constituido por los alimentos que nos aportan calorías, energía. En los hombres la ingestión calórica equivale al punto máximo de estirón puberal y aumenta paulatinamente hasta 3400 Kcal a los 16 años y luego disminuye en proporción de unas 500 Kcal hasta los 19 años. Algunos de estos alimentos son: el pan, cereales y derivados, arroz, pastas, azúcares, y algunos vegetales y frutas en menor cantidad. Se deben consumir entre 6 a 8 porciones. (Mahan & Arlin, 2012)

- Las proteínas o también llamados constructores, componen el segundo grupo a este se incluyen la carne, pescado, pollo o carne de otras aves, huevos, legumbres fríjol, garbanzo, lentejas, arveja, habas, y maní, almendras, nueces. Constituye una buena fuente de aporte de proteínas, hierro y complejo B. El huevo contiene vitaminas liposolubles y la yema aporta 300 mg de colesterol. De este grupo se recomiendan entre 2 y 3 porciones. (Mahan & Arlin, 2012)

- Minerales y vitaminas: durante el estirón puberal, aumenta la necesidad de todos los minerales sobre todo calcio para el aumento de la masa ósea, el hierro para el aumento de la masa muscular y expansión del volumen sanguíneo y el zinc para la producción de nuevo tejido óseo y muscular, también hay necesidad

diaria de otros minerales como magnesio, fósforo, yodo y cobre, cromo, cobalto y flúor, también aumenta en la adolescencia. El flúor previene la caries dental. Las vitaminas están formado por los vegetales y por las frutas. Ambos aportan hidratos de carbono, fibra, vitaminas sobre todo vitamina C, hierro, calcio y potasio y escasas cantidades de proteínas y de grasa. Se aconsejan de 3 a 5 porciones de vegetales y entre 2 y 4 de frutas. (Mahan & Arlin, 2012)

- Comer en lo posible 5 veces al día, 3 principales (desayuno, almuerzo y cena) y dos colaciones (media mañana y media tarde).

- Controlar la cantidad de sal y evitar el alcohol.

- Una alimentación adecuada de preferencia ser variada y nutritiva; basada en cereales integrales (quinua, cebada, arroz, maíz, trigo), leguminosas (habas, frejol, lenteja, arveja) y hortalizas (zanahoria, nabo, melloco, berro, cebolla)

- Prepara un plato colorido, así tendrá mejor aspecto y su ingesta será de forma agradable para el adolescente.

- Monitorear el peso y la talla como bueno recurso para llevar un mejor control.

4.3. MARCO LEGAL

De acuerdo al estudio y al grupo de estudio que se va a realizar, se ha tomado en cuenta ciertos aspectos legales, estos tomados de la Constitución Del Ecuador, consideramos que estos artículos tienen relación con nuestra investigación, en especial los numerales que mencionamos.

DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCION PRIORITARIA

Sección segunda da jóvenes

Art. 39.- El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. El Estado reconocerá a las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento.

El Art. 44 establece como obligación del Estado brindar protección, apoyo y promover el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes en su “proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.”

SECCIÓN QUINTA: NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación

y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

El Art. 46 expresa que el Estado adoptará medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes su nutrición, salud, cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos, protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica, violencia, maltrato, explotación sexual, así como la atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias, entre otros.

Derechos de supervivencia

- A la vida
- A conocer a sus progenitores y mantener relaciones afectivas personales, regulares, permanentes con ellos y sus parientes.
- A tener una familia y a la convivencia familiar, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse con su familia biológica excepto cuando esto sea imposible o vaya en contra de su interés superior.
- Protección prenatal
- A la lactancia materna, para asegurar el vínculo afectivo con su madre y un adecuado desarrollo y nutrición.
- Atención en el embarazo y parto, en condiciones adecuadas, tanto para el niño o niña como para la madre, especialmente en caso de madres adolescentes.

- A una vida digna, en condiciones socioeconómicas que permitan su desarrollo integral, una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente; recreación y juegos, a educación de calidad, vestuario y vivienda con todos los servicios básicos.
- A la salud, acceso permanente a servicios de salud públicos y medicinas gratuitas.
- A la seguridad social, a sus prestaciones y servicios.
- A un medio ambiente sano.

Derechos de participación

- La libertad de expresión, buscar, recibir, difundir ideas salvo aquellas que atenten el orden público, la salud, la moral pública o los derechos y libertades de las demás personas.
- A ser consultados en asuntos que les afecte.
- A la libertad de pensamiento, conciencia y religión
- A la libertad de reunión de manera pública y pacífica.
- A la libertad de asociación con fines lícitos, sin fines de lucro, especialmente para asociaciones estudiantiles, deportivas, culturales, laborales o comunitarias.

Tribunal constitucional

Art. 66.- La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley.

20. El derecho a la intimidad personal y familiar.

21. El derecho a la inviolabilidad y al secreto de la correspondencia física y virtual; ésta no podrá ser retenida, abierta ni examinada, excepto en los casos previstos en la ley, previa intervención judicial y con la obligación de guardar el secreto de los asuntos ajenos al hecho que motive su examen. Este derecho protege cualquier otro tipo o forma de comunicación.

El Libro Tercero del Código de la Niñez y Adolescencia

Art. 190, norma la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, concebido como: “un conjunto articulado y coordinado de organismos, entidades y servicios, públicos y privados, que definen, ejecutan, controlan y evalúan las políticas, planes, programas y acciones, con el propósito de garantizar la protección integral de la niñez y adolescencia”.

5. FORMULACION DE HIPÓTESIS

Los estudiantes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015 tienen: desnutrición leve y un nivel de autoestima bajo.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Estado nutricional (Variable 1): la medición del estado nutricional, se basó en la recolección de datos antropométricos y dietéticos.

- **Peso:** se lo realizo mediante una balanza la cual arrojaba los resultados en libras, se colocó al paciente en el centro de la balanza, se le indico colocarse en posición anatómica frente al medidor es decir, permaneció de pie con los brazos rectos a cada lado del cuerpo, la cabeza en dirección horizontal y la espalda recta, sin zapatos y con ropa.
- **Talla:** se la realizo con la utilización de la cinta métrica la cual proyectaba los resultados en centímetros, colocando al paciente en posición anatómica, de espalda a la pared con los talones topando la misma, cabeza mirando al horizonte, con ropa y sin zapatos.

Estas mediciones permitieron determinar el IMC, valorando los respectivos resultados.

IMC: el índice de masa corporal se determinara mediante la tabla de IMC para la edad, de niños de 5 a 18 años (OMS 2007), la cual refleja si se encuentra en: sobrepeso, normo peso, desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición severa.

| EDAD | SOBREPESO | NORMAL | DESN. LEVE | DESN. MODERADA | DESN. SEVERA |
|------|-----------|-----------|-------------|----------------|--------------|
| 12:0 | 19.9–23.5 | 15.8–19.8 | 14.5–15.7 | 13.4–14.4 | < 13.4 |
| 12:6 | 20.4–24.1 | 16.1–20.3 | 14.7–16.0 1 | 13.6–14.6 | < 13.6 |
| 13:0 | 20.8–24.7 | 16.4–20.7 | 14.9–16.3 | 13.8–14.8 | < 13.8 |
| 13:6 | 21.3–25.2 | 16.7–21.2 | 15.2–16.6 | 14.0–15.1 | < 14.0 |
| 14:0 | 21.8–25.8 | 17.0–21.7 | 15.5–16.9 | 14.3–15.4 | < 14.3 |
| 14:6 | 22.2–26.4 | 17.3–22.1 | 15.7–17.2 | 14.5–15.6 | < 14.5 |
| 15:0 | 22.7–26.9 | 17.6–22.6 | 16.0–17.5 | 14.7–15.9 | < 14.7 |
| 15:6 | 23.1–27.3 | 18.0–23.0 | 16.3–17.9 | 14.9–16.2 | < 14.9 |

Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad, Agosto 2012

Los datos dietéticos se los obtuvieron mediante la anamnesis, realizando un recordatorio de 24 horas con cual podremos determinar la cantidad promedio de Kcal que consumen a diario en el desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, cena.

Nivel de autoestima (variable 2): el nivel de autoestima se valorara mediante el Test de Rosenberg se realizó de manera individual a cada paciente para que tenga mayor claridad de lo que estaba realizando y mejor entendimiento al momento de contestar. Los resultados se obtuvieron mediante la suma de las respuestas de los items resueltos, en el cual se determinaba su nivel de autoestima las cuales podían ser alta, adecuada y baja.

| | |
|---------------------------|---|
| De 30 a 40 puntos | Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal |
| De 26 a 29 puntos | Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave pero es conveniente mejorarla |
| Menos de 25 puntos | Autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima |

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Justificación de la Elección del Diseño

El presente estudio de investigación, es de tipo no experimental, transversal, ya que no hubo manipulación de las variables. Se observó a los estudiantes en su lugar de estudio y posterior se analizaron los datos recolectados; con un enfoque cuantitativo, descriptivo.

7.2 Población y Muestra

Estudiantes de 5to año que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil, en el año 2015.

7.2.1 Criterios de Inclusión

Sexo masculino, en edades de 12 a 15 años.

Adolescentes que han caído en adicción de sustancias psicotrópicas.

Adolescentes que cursan el 5to año de básica.

Adolescentes que voluntariamente quieran participar del proyecto.

7.2.1 Criterios de Exclusión

Adolescentes que presentarán alguna enfermedad diagnosticada, como: diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, cáncer.

Adolescentes que menores de 12 años y mayores de 15 años.

Adolescentes que no pertenezcan al 5to de básica.

Adolescentes que consuman drogas pero no deseen participar del proyecto.

7.3 Técnicas e instrumentos de resultados

7.3.1 Técnicas

Las técnicas que fueron utilizadas para la recopilar la información fueron: Observación directa de campo, Para la realización de este proceso se realizó una encuesta sobre el consumo de drogas, encuesta, test de Rosenberg y observación directa.

Observación

Se realizó la observación durante la investigación para apreciar el estado nutricional de los niños.

Encuesta

Mediante esta encuesta se podrá determinar el consumo de droga de cada estudiante encuestado y cuál es la droga de mayor prevalencia actualmente en su entorno.

7.3.2 Instrumentos

- Pesa CAMRY EF538.
- Cinta métrica.
- Encuesta consumo de droga: encuesta con la que se determinara cual es la sustancia psicotrópica de mayor consumo.

- Test de Rosenberg: con este test evaluaremos el nivel de autoestima de los adolescentes.
- Recordatorio de 24 horas: se realizará el recordatorio de 24 horas para determinar el gasto energético de los adolescentes.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Análisis e Interpretación de Resultados

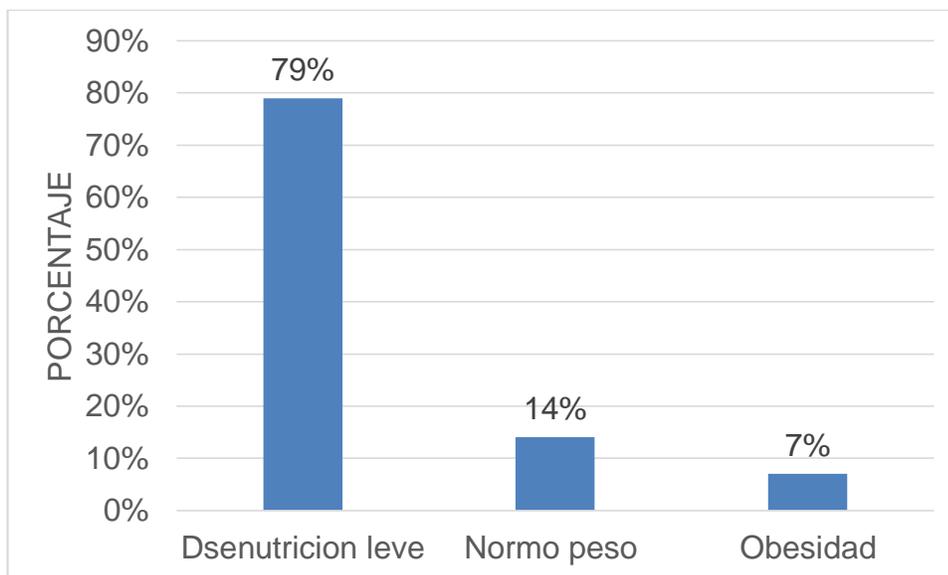
TABLA N° 1 Índice de IMC/edad

| IMC | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| Desnutrición leve | 11 | 79% |
| Normal | 2 | 14% |
| Sobrepeso | 0 | 0% |
| Obesidad | 1 | 7% |

Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

GRÁFICO N° 1 Índice de IMC/EDAD



Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

Análisis e interpretación de Datos

Ante la interrogante de cuál era el estado nutricional de los adolescentes, se pudo determinar mediante su antropometría, edad e IMC que: un 73% de los estudiantes presentan desnutrición leve, un 20% está en normo peso y un 7% obesidad. Por lo que concluyo que en su mayoría se encontraba con desnutrición leve.

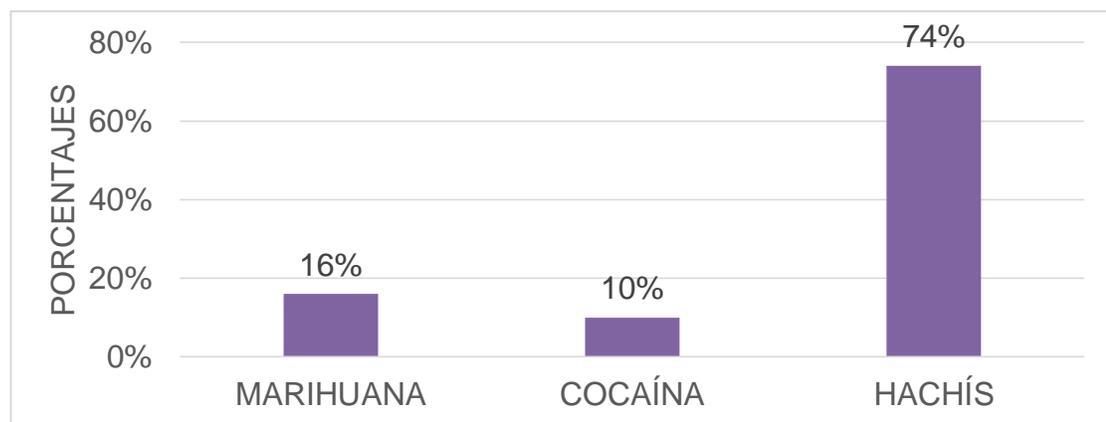
TABLA N° 2 Sustancia psicotrópica de mayor consumo

| DROGAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| MARIHUANA | 3 | 16% |
| COCAÍNA | 2 | 10% |
| HACHÍS | 14 | 74% |

Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

GRÁFICO N° 2 Sustancia psicotrópica de mayor consumo



Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

Análisis e interpretación de Datos

Ante la interrogante, ¿Cuál es la sustancia psicotrópica de mayor consumo? se obtuvieron los siguientes resultados: un 74% de los estudiantes respondió la Hachis, seguido de un 15% que manifestó consumir la marihuana y un 10% contestó cocaína, por lo que se determinó que la sustancia psicotrópica de mayor consumo es la Hachis.

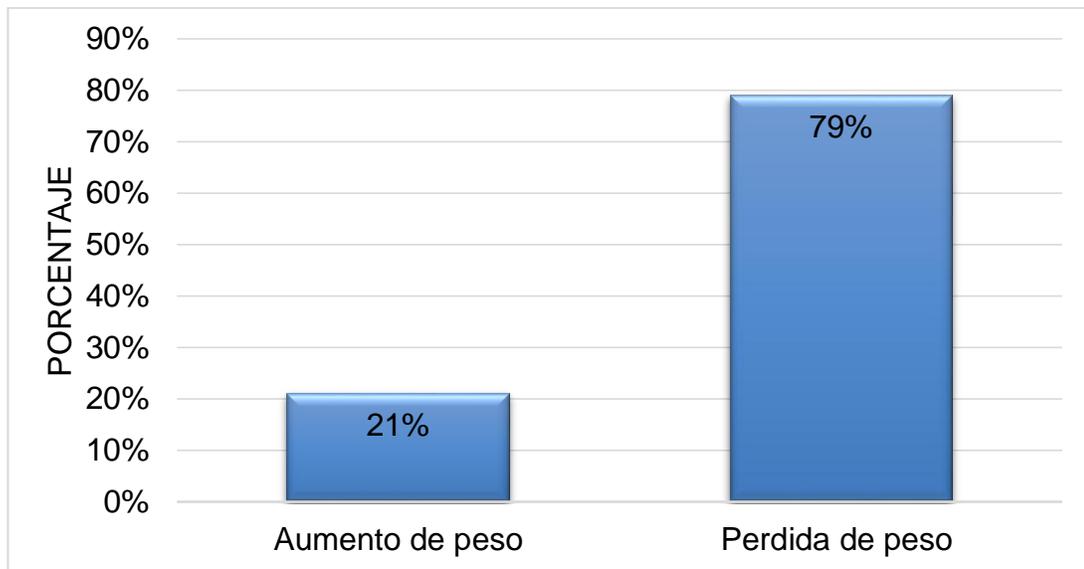
TABLA N° 3 Efecto de la sustancia psicotrópica en el organismo

| EFEECTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| Aumento de peso | 3 | 18% |
| Pérdida de peso | 11 | 59% |

Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

GRÁFICO N° 3 Efecto de la sustancia psicotrópica en el organismo



Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

Análisis e interpretación de Datos

Ante la interrogante, ¿Qué efecto causó la sustancia psicotrópica en tu organismo? La cual fue hecha a los estudiantes; se obtuvieron los siguientes resultados: se determinó que un 79% perdió peso, mientras que un 21% respondió que aumento de peso. Por lo que concluyo que en la mayor cantidad de estudiantes su efecto fue la pérdida de peso.

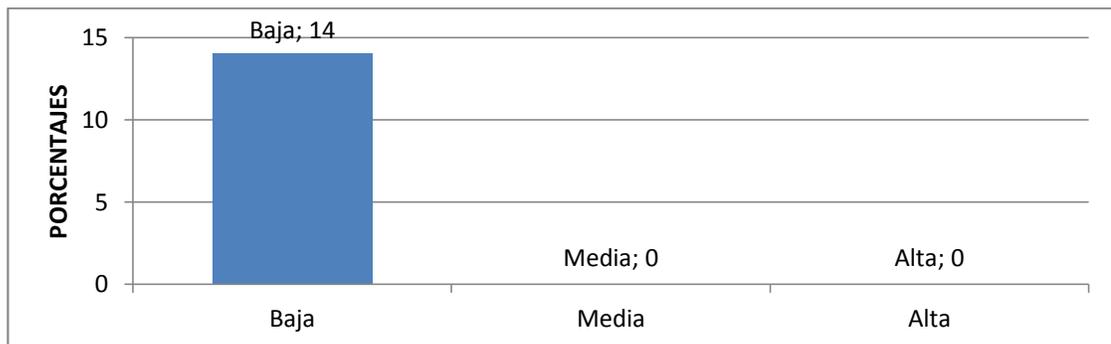
TABLA N° 4 Nivel de autoestima según la escala de Rosenberg

| NIVEL DE AUTOESTIMA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Baja | 14 | 100% |
| Media | 0 | 0% |
| Alta | 0 | 0% |

Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

GRÁFICO N° 4 Nivel de autoestima según la escala de Rosenberg



Fuente: Escolares de 12 a 15 años de una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil en el año

Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

Análisis e interpretación de Datos

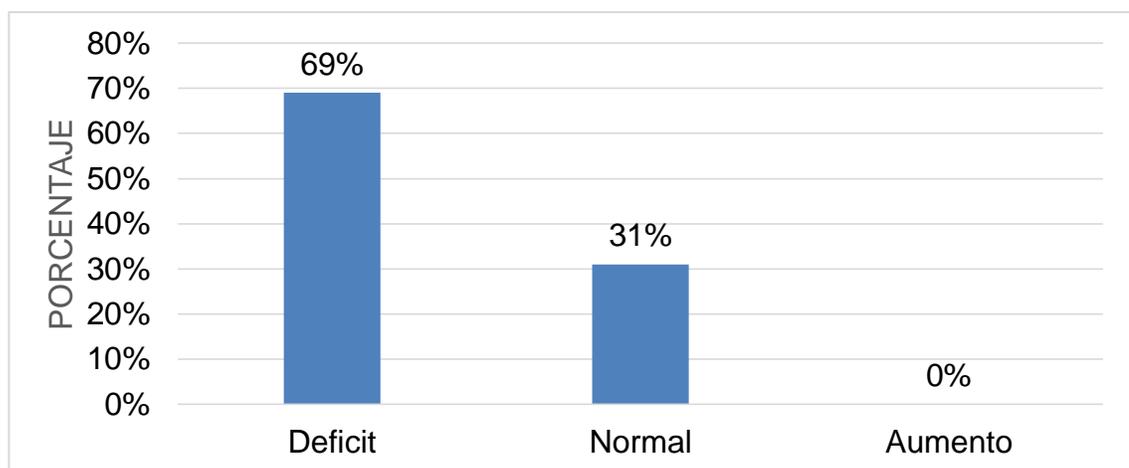
Con el Test de Rosenberg para determinar el nivel de autoestima en el que los estudiantes se encuentran, se pudo determinar: que todos los estudiantes tenían un nivel de autoestima bajo.

TABLA N° 5 Nivel de ingesta calórica

| CONSUMO DE KCAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| Déficit | 9 | 69% |
| Normal | 4 | 31% |
| Aumento | 0 | 0% |

Fuente: Recordatorio de 24 horas; Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres
Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

GRÁFICO N° 5 Nivel de ingesta calórica



Fuente: Recordatorio de 24 horas; Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres
Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

Análisis e interpretación de Datos

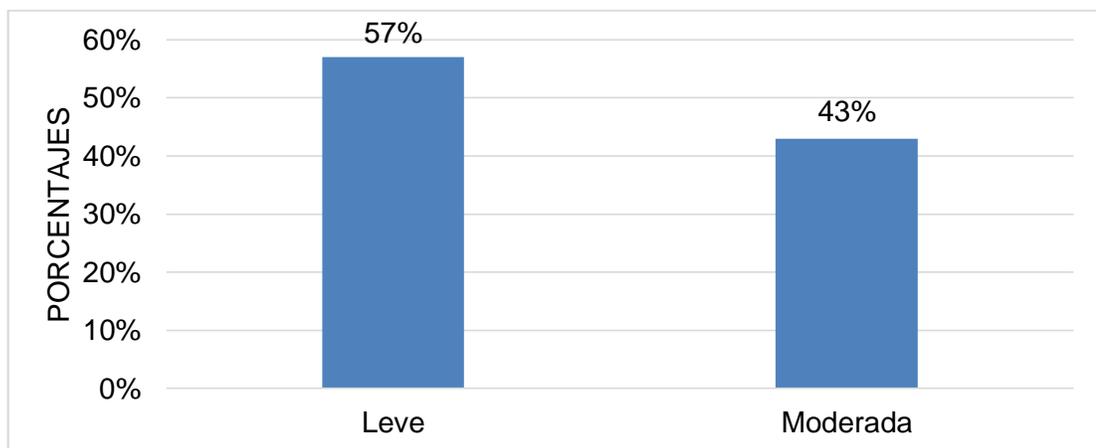
Con el Recordatorio de 24 horas realizado a los jóvenes se pudo determinar, que en un 69% de los adolescentes su ingesta calórica era inferior a la adecuada, y un 31% se mantenía normal, por lo que concluyo que la mayor cantidad de estos estudiantes no alcanzaba los requerimientos calóricos diarios adecuados.

TABLA N° 6 Nivel de actividad física

| NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| Leve | 8 | 57% |
| Moderada | 6 | 43% |
| Intensa | 0 | 0% |

Fuente: Recordatorio de 24 horas; Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres
Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

GRÁFICO N° 6 Nivel de actividad física

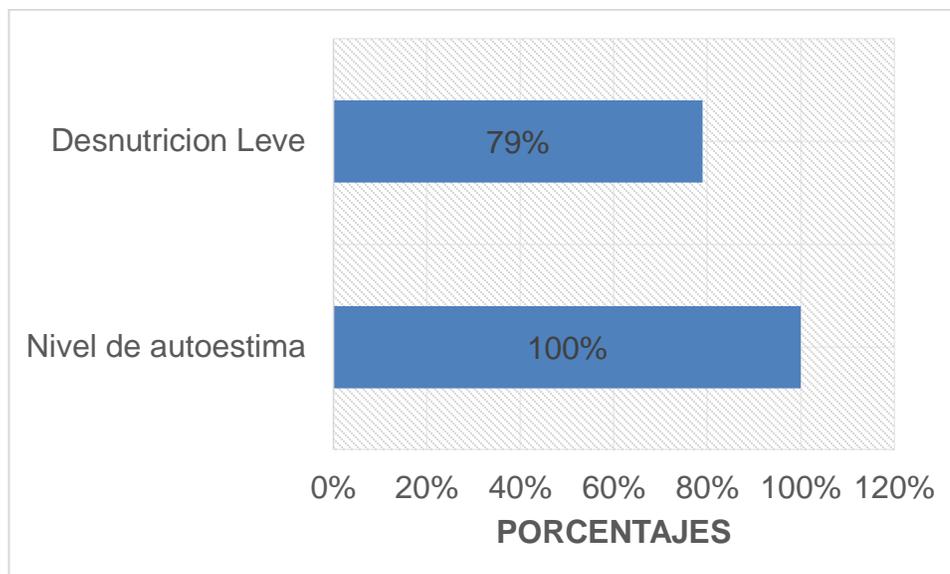


Fuente: Anamnesis; Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres
Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres. Egresada de la carrera de Nutrición Dietética y Estética

Análisis e interpretación de Datos

Con la anamnesis que se le realizó a los estudiantes, se pudo determinar: que un 57% de los jóvenes tenían un nivel de actividad física leve y un 43% contestó que realizaban moderadamente por lo que concluyo que en su mayoría mantienen una actividad física leve.

GRÁFICO N° 7 Correlación entre el estado nutricional y nivel de autoestima



Análisis e interpretación de Datos

Según la evaluación nutricional y el Test de Rosenberg realizado para determinar el nivel de autoestima, concluyo que el 79% de los estudiantes presento una desnutrición leve y el 100% un nivel de autoestima bajo.

9. CONCLUSIONES

Con este trabajo concluyo, que el estado nutricional realizada a los adolescentes que han caído en adicciones a sustancias psicotrópicas en una institución fiscal de educación básica de la ciudad de Guayaquil el 73% presento desnutrición leve, un 20% se encontraba en normo peso y un 7% con obesidad.

Según el test de Rosenberg que se aplicó para determinar el nivel de autoestima de estos adolescentes, el 100% presento un nivel de autoestima bajo.

Con la encuesta que se realizó para determinar la sustancia psicotrópica de mayor consumo, el 70% de los jóvenes contesto la Hachís, un 15% marihuana y un 10% cocaína.

Para determinar la ingesta calórica de los adolescentes, según el recordatorio de 24 horas el 69% presento un déficit calórico, mientras que un 31% se encuentra normal. A su vez se pudo determinar como dato extra que en cuanto al nivel de actividad física que realizan estos estudiantes el 57% presenta una actividad leve y el 43% una actividad moderada.

10. RECOMENDACIONES

- ▶ Implementar charlas dinámicas con ayuda de los profesores sobre las distintas formas que existen para prevenir la adicción de sustancias psicotrópicas
- ▶ Debe haber mayor comunicación de los padres con sus hijos e inclusive con las amistades de los mismos, para evitar así este tipo de problemas.
- ▶ Intervención de una nutricionista para facilitar la instrucción y control del estado nutricional de los estudiantes.
- ▶ Realizar charlas nutricionales para educar a los jóvenes y a los padres, con el apoyo de los maestros para lograrlo.
- ▶ Darles más énfasis en sus logros, por mínimos que sean para aumentar su autoestima y sientan el afecto que en algunos les hace falta.
- ▶ Promover la realización de actividades deportivas o culturales entre jóvenes, profesores y padres.

11.- PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA: NUTRICIÓN, DITÉTICA Y ESTÉTICA**

**MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA
DE LOS ADOLESCENTES QUE HAN CONSUMIDA SUSTANCIAS
PSICOTROPICAS EN UNA INSTITUCIÓN FISCAL DE EDUCACION BÁSICA
DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

Elaborado por:

María Gabriela Mackliff Villacres

Egresada de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética

**Guayaquil, Ecuador
2015**

INTRODUCCIÓN

Definir la adolescencia con exactitud es incierto por diversas razones. Se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

Durante la adolescencia, las personas son más propensas al consumo de sustancias psicotrópicas por una razón importante y es que durante la pubertad y la adolescencia las personas tienen el sentimiento de invulnerabilidad que les caracteriza, siente que todo lo puede y que los accidentes y las cosas malas le pasan a las demás personas pero no a él, porque el siempre podrá controlar y manejar los riesgos.

Ligado al consumo de drogas podemos percibir que los adolescentes presentan una baja autoestima trayendo consecuencias a largo plazo como son los trastornos nutricionales.

Se debe realizar terapias familiares, ya que se ha determinado que la mayoría de estos adolescentes comienzan su adicción y falta de autoestima por problemas o falta de cariño en sus hogares.

OBJETIVOS GENERAL

Recomendar la implementación de charlas para mejorar el estado nutricional y nivel de autoestima en adolescentes que han caído en adicciones de una Institución Fiscal de Educación Básica de la ciudad de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementación de asesoramiento nutricional a los adolescentes que han caído en adicciones de una Institución Fiscal de Educación de la ciudad de Guayaquil.
- Promocionar la actividad física los adolescentes que han caído en adicciones de una Institución Fiscal de Educación de la ciudad de Guayaquil, para mejorar su estilo de vida.

JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta ha sido elaborada con el propósito de mejorar el estado nutricional y nivel de autoestima de los adolescentes que han consumido sustancias psicotrópicas, mejorando su alimentación y estilo de vida. La desnutrición no solo es un problema de salud, sino que existen otros factores como: socioeconómico y físico que pueden afectar los niveles de concentración. Con esta guía se pretende ilustrar a los jóvenes para mantener una vida saludable.

. Adolescencia

Es una edad principalmente dramática y tormentosa en la que se ocasionan incontables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre estilos opuestos. Es como un nuevo nacimiento, supone un corte profundo con la niñez, en la que el joven obtiene los caracteres humanos más elevados.

Nutrición en la adolescencia

Se originan importantes modificaciones en el organismo, agranda su tamaño y modifican su morfología y composición. Surgen los caracteres sexuales primarios y secundarios según una secuencia predeterminada pero con variaciones cronológicas entre ambos sexos e influida por causas de carácter étnico, ambiental, cultural y nutricional.

Necesidades nutricionales

La nutrición en la adolescencia es muy importante ya que debe contribuir los nutrientes necesarios para el abastecimiento energético y la formación de estructuras, así como interactuar con las hormonas encargadas del crecimiento y maduración. Por esto, las necesidades nutricionales durante esta etapa se aumentan y deben ser ajustadas en función del crecimiento, la composición corporal y el grado de madurez puberal.

Líquidos: En la actualidad no han sido determinadas las necesidades hídricas de los deportistas adolescentes, aunque se puede seguir las recomendaciones

para los adultos que es 1 ml /Kcal consumida. Petrie y col recomiendan una ingesta hídrica de 600 a 1300 ml por hora mediante agua o bebidas isotónicas.

Energía: Se debe garantizar el correcto desarrollo y maduración de los distintos sistemas y tejidos orgánicos del adolescente, así mismo como el buen rendimiento en la práctica deportiva y en el colegio. Dependerá del tipo de ejercicio o actividad y del tiempo que se necesite mantener al máximo esfuerzo. Se debe adaptar a la edad, peso, talla del individuo, y actividad física, sin embargo se ha estimado que entre las edades de 14 a 18 años que realizan una práctica intensa del deporte las recomendaciones pueden ser entre 3000 y 3800 kcal diarias.

Requerimiento Nutricional

Los requerimientos medios de energía son, en hombres, de 2.280 y 3.150 kcal/día para las edades de 10-13 y de 14-18 años, respectivamente, y para mujeres, de 2.070 y 2.370 kcal/día para los mismos grupos de edad. Sin embargo, en este tiempo las necesidades energéticas se alteran extraordinariamente de un individuo a otro, dependiendo de la altura, el IMC, el sexo y especialmente el nivel de actividad física. Así; podríamos decir que una mujer sedentaria con una altura de 1,65 m y un IMC de 18,5 kg/m² precisa 1.800 kcal/ día, mientras que un varón de 1,80 m y un IMC de 18,5 kg/m² precisa de 2.800 a 3.200 kcal/día, dependiendo de si es activo o muy activo.

Por ello es necesario efectuar las correcciones en los componentes de la dieta de modo que esta contenga un 12% de proteínas de las que las dos terceras partes serán de origen animal y un tercio vegetal; un 30 a 35 % de grasas, no

sobrepasando el 10% en saturados y se puede permitir hasta un 15 a 18% de monoinsaturados; los hidratos de carbono fundamentalmente complejos deben aportar más del 50 % del total de la energía y por debajo del 8 al 10 % de azúcares refinados. (Mahan & Arlin, 2012)

- Proteínas: 0,95 g/kg/día para 10-13 años, y de 0,85 g/kg/día para 14-18 años, lo que significa un aporte aproximado de 34 g/día para el grupo de 10-13 años, y de 52 g/día en varones, con el rango sobre el VCT del 10 al 30%.
- HC: 130 g/día (45-65% del VCT); aporte de fibra de 31 y 38 g/día.
- Lípidos: aporte entre el 25 y el 35% del VCT, de 12 y 16 g/día (5-10% del VCT) para varones y 10-11 g/día (5-10% del VCT) para mujeres.

Los requerimientos de la mayoría de micronutrientes se incrementan durante el embarazo y sobre todo durante la lactancia, especialmente el de determinadas vitaminas (A, C, folatos) y minerales (calcio, yodo, cobre), cuyos requerimientos son un 30-70% superiores a los de las mujeres de su misma edad.

Actividad física en la adolescencia

Al realizar actividad física en la adolescencia se generan una serie de beneficios que incluyen un crecimiento y desarrollo saludable del sistema cardiorrespiratorio y musculoesquelético, el mantenimiento del equilibrio calórico, y por lo tanto, un peso saludable, ayuda también a prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como dominar interacciones sociales, sentimientos de satisfacción personal y bienestar mental

Es importante para el bienestar psicológico. El ejercicio proporciona un medio importante para que niños, niñas y adolescentes tengan éxito, lo que favorece a mejorar su bienestar social, su autoestima y sus percepciones sobre su imagen corporal, y nivel de competencia, incitando un efecto más positivo en aquellos que ya tengan una baja autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- Arevalo. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales afectados. En *Pensamiento Psicológico* (págs. 31-45).
- Barrionuevo, P. J. (2011). *ADICCIONES; DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA*. España: Catdra.
- Canestrelli, A. P. (2015). UNODC. Obtenido de <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>
- Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. (2011). Santiago de Compostela.
- Christophe, A., & Francois, L. (2000). *La autoestima*. Kairós.
- CONSEP. (2008). *La Prevención del Consumo de Drogas: Una tarea de todos*. Quito: Comunidad de Madrid.
- Dalmau Serra, J. (2010). *Nutrición en la infancia y la adolescencia*. Madrid.
- DASE. (2010). *Familias con Hijos Adolescentes - Libro de Uso profesional*. Guayaquil: Globo Rojo.
- Dra Aznar, S., & Dr Webster, T. (2015). *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.
- Escoms, B. S. (2014). *Guía sobre drogas*. España: Ministro de Sanidad y Consumo.
- Estévez, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres.
- FAO. (2015). Obtenido de <http://www.fao.org/hunger/es/>
- Francois, L., & Christophe, A. (2011). *La autoestima: gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Barcelona: Kairos.
- Galván, Weissberg, K., & Quesnel, L. (s.f.). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 13,14.
- García Madruga, J. A., & Delval Merino, J. (2010). *Psicología del desarrollo I*. Madrid: Uned.

- García, & Martínez. (2012). Guía práctica para la realización de Trabajo de Fin de Grado y Trabajo de Fin de Máster. Murcia: Editum.
- Gómez, D. F. (2003). Salud pública de México.
- Infancia, F. d. (2011). Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Madrid.
- INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS . (2015). UNODC. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Janezic, X., Lic.Nut. O'Connor, C., Bazán, N., & Gancedo, M. E. (s.f.). Manual LAFyS de Nutrición y Deporte.
- Larraburu, I. (2009). La autoestima en la adolescencia. Megatop, 1-2.
- León, O. D. (s.f.). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. Nociones y espacio de juventud, 83-104.
- Mahan, L. K., & Arlin, M. T. (2012). Krause Nutrición y dietoterapia. 8t. México: Interamericana.
- Martínez, G. (1999). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. EUSAL REVISTAS, 217-232.
- Mejía Estrada, A., Pastrana Chávez, J. d., & Mejía Sánchez, J. M. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo . Congreso internacional de teoría de la educación, 1-13.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Coordinación nacional de nutrición. Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y obesidad en niñas , niños y adolescentes.
- MINSAL, Ministerio de Salud. (s.f.). "Políticas Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes". División de Salud de personas. Programa de Salud del adolescente.
- Monrroy, J. A. (2011). En un cruce de caminos. Nashville: Neufront.
- New, M. (enero de 2011). TeensHealth. Obtenido de http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/eat_disorder_esp.html#
- Olivia, & Aldredo. (s.f.). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. Anuario de Psicología, 209-223.
- OMS. (2015). Organización Mundial de la salud. Obtenido de http://www.who.int/nutrition/topics/moderate_malnutrition/es/

- Pinto. (2012). Las relaciones familiares conflictivas, como factor predisponente al consumo de drogas en adolescentes, desde el enfoque sistémico. Quito: Universidad Politécnica Salesiana Ecuador.
- Rodríguez Naranjo, C., & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 389-403.
- Rosa Riofrío Guillén, L. C. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil. *Latino America de Enfermagem*, 600.
- Sanchez, F. O. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Medica Panamericana S.A.
- Silber, T., & Munist, M. (s.f.). *Manual de Medicina del Adolescente*. Madrid: Ed OPS.
- The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students. (2010).
- Trastornos Alimenticios. (2011). National Institute of mental health, 1.
- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011*. UNICEF.
- Vázquez Martínez, C., De Cos Blanco, A. I., & López Nomdedeu, C. (2005). *Alimentación y nutrición: manual teórico-práctico*. España: Diaz de Santos.
- Waitzberg, D., Ravacci, G. R., & Raslan, M. (2011). *Desnutrición hospitalaria. Nutrición Hospitalaria*. v.26 n.2.

ANEXOS

ANEXO N° 1

UCSG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Edad:

curso:

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

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

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1

- A. Muy de acuerdo (4)**
- B. De acuerdo (3)**
- C. En desacuerdo (2)**
- D. Muy en desacuerdo (1)**

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho de mí mismo. | | | | |

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

- A. Muy de acuerdo (1)
- B. De acuerdo (2)
- C. En desacuerdo (3)
- D. Muy en desacuerdo (4)

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso. | | | | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado | | | | |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | | | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | | | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | | | | |

ANEXO N° 2



FICHA NUTRICIONAL

OBJETIVO: Determinar el estado nutricional en adolescentes que presentan baja autoestima y han consumido drogas de la Escuela de Educación básica fiscal Carlos Calderón Chico, año 2015.

No historia clínica. _____

DATOS PERSONALES

EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

ACTIVIDAD FÍSICA: ACTIVA MODERADA SEDENTARIO

ALÉRGICAS: SI (¿cuál/es?) _____ NO

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS SI (¿cuál/es?) _____ NO

ANTECEDENTES

- FAMILIARES: _____
- PERSONALES: _____
- QUIRÚRGICOS: _____

RECORDATORIO DE 24 HORAS

CORRIGIENDO MALOS HABITOS

HORA QUE SE DESPIERTA:

HORA A LA QUE
DESAYUNA:

QUE SUELE DESAYUNAR Y LAS
CANTIDADES:

HACE EJERCICIOS: SI NO

HASTA 2,5 HORAS
SEMANALES

MAS DE 2,5 HORAS SEMANALES

MAS DE 10 HORAS
SEMANALES

QUE BEBIDA TOMA DURANTE EL ENTRENAMIENTO

SNACK A MEDIA MANANA SI NO

HORA DEL SNACK Y EN QUE CONSISTE:

A QUE HORA ALMUERZA Y EN QUE CONSISTE :

SNACK MEDIA TARDE: SI NO

EN QUE CONSISTE:

A QUE HORA CENA Y EN QUE CONSISTE:

A QUE HORA DUERME :

HACE ALGUNA OTRA COMIDA ANTES DE DORMIR Y SI SU RESPUESTA ES SI A QUE HORA Y EN QUE CONSISTE ENUMERE LOS ALIMENTOS Y LAS CANTIDADES

SI NO

**INTOLERANTE
A**

LACTEOS SI NO

LACTOSA SI NO

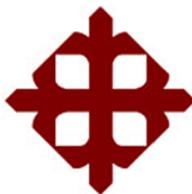
GLUTEN SI NO

DIFICULTADES PARA DIGERIR ALGUN TIPO DE ALIMENTOS: SI NO
CUAL?

ALERGICO A ALGO? SI NO

A QUÉ?

ANEXO N° 3



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CIENCIAS MÉDICAS**

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR EL CONSUMO DE DROGAS

Grado:

Turno:

Sexo:

Integrantes en tu familia:

Vives con:

Contesta a lo que se te pregunta marcando con un X en el espacio que corresponda a la respuesta correcta.

| PREGUNTAS | RESPUESTA | |
|--|-----------|----|
| | SI | NO |
| 1.- ¿Se ofrecen drogas en tu escuela? | | |
| 2.- al momento que te ofrecieron drogas ¿la aceptaste? | | |

¿Cuáles son las drogas que has consumido?

| | | | |
|-----------|---------|--------|-------|
| MARIHUANA | COCAÍNA | HACHÍS | OTROS |
|-----------|---------|--------|-------|

¿Qué efecto causó la droga en tu organismo?

| | | | |
|-----------------|-----------------|----------|----------|
| Aumento de peso | Pérdida de peso | Saciedad | Ansiedad |
|-----------------|-----------------|----------|----------|

¿Con que frecuencia consumes droga?

| | | |
|--------|---------|---------|
| Diario | Semanal | Mensual |
|--------|---------|---------|

Anexo N° 4

| TIEMPO DE COMIDA | ALIMENTO | CANT | KCAL | PR | GR | CHO |
|-------------------------|-----------------|-------------|-------------|-----------|-----------|------------|
| DESAYUNO | TOSTADA | 60 | 175 | 5,1 | 0,96 | 30,9 |
| | QUESO | 30 | 60 | 4,2 | 4,5 | 0,75 |
| | MANTEQUILLA | 5 | 44,9 | 0,013 | 5 | 28,4 |
| ALMUERZO | NARANJA | 120 | 38,2 | 0,7 | 0,17 | 7,5 |
| | ARROZ | 90 | 327,6 | 0,54 | 72,36 | 68,58 |
| | HUEVO | 60 | 84,6 | 6,6 | 6,3 | 1,44 |
| | SALCHICHA | 120 | 278,4 | 23,4 | 23,4 | 3,96 |
| | LIMON | 93 | 16,5 | 0,41 | 0,18 | 1,9 |
| MERIENDA | ARROZ | 90 | 327,6 | 0,54 | 72,36 | 68,58 |
| | ATUN | 140 | 291 | 34,7 | 16,9 | 1,12 |
| | CEBOLLA | 15 | 7,8 | 0,18 | 0,08 | 1,89 |
| | PIMIENTO | 50 | 8,3 | 0,26 | 0,34 | 1,45 |
| | TOMATE | 40 | 10,8 | 0,4 | 0,24 | 2,04 |
| | COLA | 120 | 52,1 | 0 | 0 | 13 |
| TOTAL | | | 1722,8 | 77,043 | 202,79 | 231,51 |
| IDEAL | | | 2462,9 | 369 | 783 | 1354 |
| % AD ECUACIÓN | | | 70,0 | 20,88 | 25,90 | 17,10 |

Fuente: Anamnesis alimentaria, Recordatorio de 24 horas; Elaborado por: María Gabriela Mackliff Villacres

ANEXO N° 5

Tabla de IMC Para la Edad, de NIÑOS de 5 a 18 años (OMS 2007)

| Edad (años:meses) | Obesidad | Sobrepeso | Normal | Desnutrición leve | Desnutrición moderada | Desnutrición severa |
|----------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| | $\geq +2$ SD (IMC) | $\geq +1$ a $< +2$ SD (IMC) | ≥ -1 a $< +1$ SD (IMC) | ≥ -2 a < -1 SD (IMC) | ≥ -3 a < -2 SD (IMC) | < -3 SD (IMC) |
| 5:1 | ≥ 18.3 | 16.6–18.2 | 14.1–16.5 | 13.0–14.0 | 12.1–12.9 | < 12.1 |
| 5:6 | ≥ 18.4 | 16.7–18.3 | 14.1–16.6 | 13.0–14.0 | 12.1–12.9 | < 12.1 |
| 6:0 | ≥ 18.5 | 16.8–18.4 | 14.1–16.7 | 13.0–14.0 | 12.1–12.9 | < 12.1 |
| 6:6 | ≥ 18.7 | 16.9–18.6 | 14.1–16.8 | 13.1–14.0 | 12.2–13.0 | < 12.2 |
| 7:0 | ≥ 19.0 | 17.0–18.9 | 14.2–16.9 | 13.1–14.1 | 12.3–13.0 | < 12.3 |
| 7:6 | ≥ 19.3 | 17.2–19.2 | 14.3–17.1 | 13.2–14.2 | 12.3–13.1 | < 12.3 |
| 8:0 | ≥ 19.7 | 17.4–19.6 | 14.4–17.3 | 13.3–14.3 | 12.4–13.2 | < 12.4 |
| 8:6 | ≥ 20.1 | 17.7–20.0 | 14.5–17.6 | 13.4–14.4 | 12.5–13.3 | < 12.5 |
| 9:0 | ≥ 20.5 | 17.9–20.4 | 14.6–17.8 | 13.5–14.5 | 12.6–13.4 | < 12.6 |
| 9:6 | ≥ 20.9 | 18.2–20.8 | 14.8–18.1 | 13.6–14.7 | 12.7–13.5 | < 12.7 |
| 10:0 | ≥ 21.4 | 18.5–21.3 | 14.9–18.4 | 13.7–14.8 | 12.8–13.6 | < 12.8 |
| 10:6 | ≥ 21.9 | 18.8–21.8 | 15.1–18.7 | 13.9–15.0 | 12.9–13.8 | < 12.9 |
| 11:0 | ≥ 22.5 | 19.2–22.4 | 15.3–19.1 | 14.1–15.2 | 13.1–14.0 | < 13.1 |
| 11:6 | ≥ 23.0 | 19.5–22.9 | 15.5–19.4 | 14.2–15.4 | 13.2–14.1 | < 13.2 |
| 12:0 | ≥ 23.6 | 19.9–23.5 | 15.8–19.8 | 14.5–15.7 | 13.4–14.4 | < 13.4 |
| 12:6 | ≥ 24.2 | 20.4–24.1 | 16.1–20.3 | 14.7–16.0 | 13.6–14.6 | < 13.6 |
| 13:0 | ≥ 24.8 | 20.8–24.7 | 16.4–20.7 | 14.9–16.3 | 13.8–14.8 | < 13.8 |
| 13:6 | ≥ 25.3 | 21.3–25.2 | 16.7–21.2 | 15.2–16.6 | 14.0–15.1 | < 14.0 |
| 14:0 | ≥ 25.9 | 21.8–25.8 | 17.0–21.7 | 15.5–16.9 | 14.3–15.4 | < 14.3 |
| 14:6 | ≥ 26.5 | 22.2–26.4 | 17.3–22.1 | 15.7–17.2 | 14.5–15.6 | < 14.5 |
| 15:0 | ≥ 27.0 | 22.7–26.9 | 17.6–22.6 | 16.0–17.5 | 14.7–15.9 | < 14.7 |
| 15:6 | ≥ 27.4 | 23.1–27.3 | 18.0–23.0 | 16.3–17.9 | 14.9–16.2 | < 14.9 |
| 16:0 | ≥ 27.9 | 23.5–27.8 | 18.2–23.4 | 16.5–18.1 | 15.1–16.4 | < 15.1 |
| 16:6 | ≥ 28.3 | 23.9–28.2 | 18.5–23.8 | 16.7–18.4 | 15.3–16.6 | < 15.3 |
| 17:0 | ≥ 28.6 | 24.3–28.5 | 18.8–24.2 | 16.9–18.7 | 15.4–16.8 | < 15.4 |
| 17:6 | ≥ 29.0 | 24.6–28.9 | 19.0–24.5 | 17.1–18.9 | 15.6–17.0 | < 15.6 |
| 18:0 | ≥ 29.2 | 24.9–29.1 | 19.2–24.8 | 17.3–19.1 | 15.7–17.2 | < 15.7 |

Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y
Tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes ≥ 19 años de edad, Agosto 2012

ANEXO N° 6

| Estatura (cm) | Niños(as) y adolescentes de 115 a 144 cm de estatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | | | | | | | | | | | |
| 144 | 5.8 | 6.3 | 6.8 | 7.2 | 7.7 | 8.2 | 8.7 | 9.2 | 9.6 | 10.1 | 10.6 | 11.1 | 11.6 | 12.1 | 12.5 | 13.0 | 13.5 | 14.0 | 14.5 | 14.9 | 15.4 | 15.9 | 16.4 | 16.9 | 17.4 | 17.8 | 18.3 | 18.8 | 19.3 | 19.8 | 20.3 | 20.7 | 21.2 | | | | | | | | | | | |
| 143 | 5.9 | 6.4 | 6.8 | 7.3 | 7.8 | 8.3 | 8.8 | 9.3 | 9.8 | 10.3 | 10.8 | 11.2 | 11.7 | 12.2 | 12.7 | 13.2 | 13.7 | 14.2 | 14.7 | 15.2 | 15.6 | 16.1 | 16.6 | 17.1 | 17.6 | 18.1 | 18.6 | 19.1 | 19.6 | 20.0 | 20.5 | 21.0 | 21.5 | | | | | | | | | | | |
| 142 | 6.0 | 6.4 | 6.9 | 7.4 | 7.9 | 8.4 | 8.9 | 9.4 | 9.9 | 10.4 | 10.9 | 11.4 | 11.9 | 12.4 | 12.9 | 13.4 | 13.9 | 14.4 | 14.9 | 15.4 | 15.9 | 16.4 | 16.9 | 17.4 | 17.9 | 18.3 | 18.8 | 19.3 | 19.8 | 20.3 | 20.8 | 21.3 | 21.8 | | | | | | | | | | | |
| 141 | 6.0 | 6.5 | 7.0 | 7.5 | 8.0 | 8.6 | 9.1 | 9.6 | 10.1 | 10.6 | 11.1 | 11.6 | 12.1 | 12.6 | 13.1 | 13.6 | 14.1 | 14.6 | 15.1 | 15.6 | 16.1 | 16.6 | 17.1 | 17.6 | 18.1 | 18.6 | 19.1 | 19.6 | 20.1 | 20.6 | 21.1 | 21.6 | 22.1 | | | | | | | | | | | |
| 140 | 6.1 | 6.6 | 7.1 | 7.7 | 8.2 | 8.7 | 9.2 | 9.7 | 10.2 | 10.7 | 11.2 | 11.7 | 12.2 | 12.8 | 13.3 | 13.8 | 14.3 | 14.8 | 15.3 | 15.8 | 16.3 | 16.8 | 17.3 | 17.9 | 18.4 | 18.9 | 19.4 | 19.9 | 20.4 | 20.9 | 21.4 | 21.9 | 22.4 | | | | | | | | | | | |
| 139 | 6.2 | 6.7 | 7.2 | 7.8 | 8.3 | 8.8 | 9.3 | 9.8 | 10.4 | 10.9 | 11.4 | 11.9 | 12.4 | 12.9 | 13.5 | 14.0 | 14.5 | 15.0 | 15.5 | 16.0 | 16.6 | 17.1 | 17.6 | 18.1 | 18.6 | 19.2 | 19.7 | 20.2 | 20.7 | 21.2 | 21.7 | 22.3 | 22.8 | | | | | | | | | | | |
| 138 | 6.3 | 6.8 | 7.4 | 7.9 | 8.4 | 8.9 | 9.5 | 10.0 | 10.5 | 11.0 | 11.6 | 12.1 | 12.6 | 13.1 | 13.7 | 14.2 | 14.7 | 15.2 | 15.8 | 16.3 | 16.8 | 17.3 | 17.9 | 18.4 | 18.9 | 19.4 | 20.0 | 20.5 | 21.0 | 21.5 | 22.1 | 22.6 | 23.1 | | | | | | | | | | | |
| 137 | 6.4 | 6.9 | 7.5 | 8.0 | 8.5 | 9.1 | 9.6 | 10.1 | 10.7 | 11.2 | 11.7 | 12.3 | 12.8 | 13.3 | 13.9 | 14.4 | 14.9 | 15.5 | 16.0 | 16.5 | 17.0 | 17.6 | 18.1 | 18.6 | 19.2 | 19.7 | 20.2 | 20.8 | 21.3 | 21.8 | 22.4 | 22.9 | 23.4 | | | | | | | | | | | |
| 136 | 6.5 | 7.0 | 7.6 | 8.1 | 8.7 | 9.2 | 9.7 | 10.3 | 10.8 | 11.4 | 11.9 | 12.4 | 13.0 | 13.5 | 14.1 | 14.6 | 15.1 | 15.7 | 16.2 | 16.8 | 17.3 | 17.8 | 18.4 | 18.9 | 19.5 | 20.0 | 20.5 | 21.1 | 21.6 | 22.2 | 22.7 | 23.2 | 23.8 | | | | | | | | | | | |
| 135 | 6.6 | 7.1 | 7.7 | 8.2 | 8.8 | 9.3 | 9.9 | 10.4 | 11.0 | 11.5 | 12.1 | 12.6 | 13.2 | 13.7 | 14.3 | 14.8 | 15.4 | 15.9 | 16.5 | 17.0 | 17.6 | 18.1 | 18.7 | 19.2 | 19.8 | 20.3 | 20.9 | 21.4 | 21.9 | 22.5 | 23.0 | 23.6 | 24.1 | | | | | | | | | | | |
| 134 | 6.7 | 7.2 | 7.8 | 8.4 | 8.9 | 9.5 | 10.0 | 10.6 | 11.1 | 11.7 | 12.3 | 12.8 | 13.4 | 13.9 | 14.5 | 15.0 | 15.6 | 16.2 | 16.7 | 17.3 | 17.8 | 18.4 | 18.9 | 19.5 | 20.0 | 20.6 | 21.2 | 21.7 | 22.3 | 22.8 | 23.4 | 23.9 | 24.5 | | | | | | | | | | | |
| 133 | 6.8 | 7.3 | 7.9 | 8.5 | 9.0 | 9.6 | 10.2 | 10.7 | 11.3 | 11.9 | 12.4 | 13.0 | 13.6 | 14.1 | 14.7 | 15.3 | 15.8 | 16.4 | 17.0 | 17.5 | 18.1 | 18.7 | 19.2 | 19.8 | 20.4 | 20.9 | 21.5 | 22.0 | 22.6 | 23.2 | 23.7 | 24.3 | 24.9 | | | | | | | | | | | |
| 132 | 6.9 | 7.5 | 8.0 | 8.6 | 9.2 | 9.8 | 10.3 | 10.9 | 11.5 | 12.1 | 12.6 | 13.2 | 13.8 | 14.3 | 14.9 | 15.5 | 16.1 | 16.6 | 17.2 | 17.8 | 18.4 | 18.9 | 19.5 | 20.1 | 20.7 | 21.2 | 21.8 | 22.4 | 23.0 | 23.5 | 24.1 | 24.7 | 25.3 | | | | | | | | | | | |
| 131 | 7.0 | 7.6 | 8.2 | 8.7 | 9.3 | 9.9 | 10.5 | 11.1 | 11.7 | 12.2 | 12.8 | 13.4 | 14.0 | 14.6 | 15.2 | 15.7 | 16.3 | 16.9 | 17.5 | 18.1 | 18.6 | 19.2 | 19.8 | 20.4 | 21.0 | 21.6 | 22.1 | 22.7 | 23.3 | 23.9 | 24.5 | 25.1 | 25.6 | | | | | | | | | | | |
| 130 | 7.1 | 7.7 | 8.3 | 8.9 | 9.5 | 10.1 | 10.7 | 11.2 | 11.8 | 12.4 | 13.0 | 13.6 | 14.2 | 14.8 | 15.4 | 16.0 | 16.6 | 17.2 | 17.8 | 18.3 | 18.9 | 19.5 | 20.1 | 20.7 | 21.3 | 21.9 | 22.5 | 23.1 | 23.7 | 24.3 | 24.9 | 25.4 | 26.0 | | | | | | | | | | | |
| 129 | 7.2 | 7.8 | 8.4 | 9.0 | 9.6 | 10.2 | 10.8 | 11.4 | 12.0 | 12.6 | 13.2 | 13.8 | 14.4 | 15.0 | 15.6 | 16.2 | 16.8 | 17.4 | 18.0 | 18.6 | 19.2 | 19.8 | 20.4 | 21.0 | 21.6 | 22.2 | 22.8 | 23.4 | 24.0 | 24.6 | 25.2 | 25.8 | 26.4 | | | | | | | | | | | |
| 128 | 7.3 | 7.9 | 8.5 | 9.2 | 9.8 | 10.4 | 11.0 | 11.6 | 12.2 | 12.8 | 13.4 | 14.0 | 14.6 | 15.3 | 15.9 | 16.5 | 17.1 | 17.7 | 18.3 | 18.9 | 19.5 | 20.1 | 20.8 | 21.4 | 22.0 | 22.6 | 23.2 | 23.8 | 24.4 | 25.0 | 25.6 | 26.2 | 26.9 | | | | | | | | | | | |
| 127 | 7.4 | 8.1 | 8.7 | 9.3 | 9.9 | 10.5 | 11.2 | 11.8 | 12.4 | 13.0 | 13.6 | 14.3 | 14.9 | 15.5 | 16.1 | 16.7 | 17.4 | 18.0 | 18.6 | 19.2 | 19.8 | 20.5 | 21.1 | 21.7 | 22.3 | 22.9 | 23.6 | 24.2 | 24.8 | 25.4 | 26.0 | 26.7 | 27.3 | | | | | | | | | | | |
| 126 | 7.6 | 8.2 | 8.8 | 9.4 | 10.1 | 10.7 | 11.3 | 12.0 | 12.6 | 13.2 | 13.9 | 14.5 | 15.1 | 15.7 | 16.4 | 17.0 | 17.6 | 18.3 | 18.9 | 19.5 | 20.2 | 20.8 | 21.4 | 22.0 | 22.7 | 23.3 | 23.9 | 24.6 | 25.2 | 25.8 | 26.5 | 27.1 | 27.7 | | | | | | | | | | | |
| 125 | 7.7 | 8.3 | 9.0 | 9.6 | 10.2 | 10.9 | 11.5 | 12.2 | 12.8 | 13.4 | 14.1 | 14.7 | 15.4 | 16.0 | 16.6 | 17.3 | 17.9 | 18.6 | 19.2 | 19.8 | 20.5 | 21.1 | 21.8 | 22.4 | 23.0 | 23.7 | 24.3 | 25.0 | 25.6 | 26.2 | 26.9 | 27.5 | 28.2 | | | | | | | | | | | |
| 124 | 7.8 | 8.5 | 9.1 | 9.8 | 10.4 | 11.1 | 11.7 | 12.4 | 13.0 | 13.7 | 14.3 | 15.0 | 15.6 | 16.3 | 16.9 | 17.6 | 18.2 | 18.9 | 19.5 | 20.2 | 20.8 | 21.5 | 22.1 | 22.8 | 23.4 | 24.1 | 24.7 | 25.4 | 26.0 | 26.7 | 27.3 | 28.0 | 28.6 | | | | | | | | | | | |
| 123 | 7.9 | 8.6 | 9.3 | 9.9 | 10.6 | 11.2 | 11.9 | 12.6 | 13.2 | 13.9 | 14.5 | 15.2 | 15.9 | 16.5 | 17.2 | 17.8 | 18.5 | 19.2 | 19.8 | 20.5 | 21.2 | 21.8 | 22.5 | 23.1 | 23.8 | 24.5 | 25.1 | 25.8 | 26.4 | 27.1 | 27.8 | 28.4 | 29.1 | | | | | | | | | | | |
| 122 | 8.1 | 8.7 | 9.4 | 10.1 | 10.7 | 11.4 | 12.1 | 12.8 | 13.4 | 14.1 | 14.8 | 15.5 | 16.1 | 16.8 | 17.5 | 18.1 | 18.8 | 19.5 | 20.2 | 20.8 | 21.5 | 22.2 | 22.8 | 23.5 | 24.2 | 24.9 | 25.5 | 26.2 | 26.9 | 27.5 | 28.2 | 28.9 | 29.6 | | | | | | | | | | | |
| 121 | 8.2 | 8.9 | 9.6 | 10.2 | 10.9 | 11.6 | 12.3 | 13.0 | 13.7 | 14.3 | 15.0 | 15.7 | 16.4 | 17.1 | 17.8 | 18.4 | 19.1 | 19.8 | 20.5 | 21.2 | 21.9 | 22.5 | 23.2 | 23.9 | 24.6 | 25.3 | 26.0 | 26.6 | 27.3 | 28.0 | 28.7 | 29.4 | 30.1 | | | | | | | | | | | |
| 120 | 8.3 | 9.0 | 9.7 | 10.4 | 11.1 | 11.8 | 12.5 | 13.2 | 13.9 | 14.6 | 15.3 | 16.0 | 16.7 | 17.4 | 18.1 | 18.8 | 19.4 | 20.1 | 20.8 | 21.5 | 22.2 | 22.9 | 23.6 | 24.3 | 25.0 | 25.7 | 26.4 | 27.1 | 27.8 | 28.5 | 29.2 | 29.9 | 30.6 | | | | | | | | | | | |
| 119 | 8.5 | 9.2 | 9.9 | 10.6 | 11.3 | 12.0 | 12.7 | 13.4 | 14.1 | 14.8 | 15.5 | 16.2 | 16.9 | 17.7 | 18.4 | 19.1 | 19.8 | 20.5 | 21.2 | 21.9 | 22.6 | 23.3 | 24.0 | 24.7 | 25.4 | 26.1 | 26.8 | 27.5 | 28.2 | 29.0 | 29.7 | 30.4 | 31.1 | | | | | | | | | | | |
| 118 | 8.6 | 9.3 | 10.1 | 10.8 | 11.5 | 12.2 | 12.9 | 13.6 | 14.4 | 15.1 | 15.8 | 16.5 | 17.2 | 18.0 | 18.7 | 19.4 | 20.1 | 20.8 | 21.5 | 22.3 | 23.0 | 23.7 | 24.4 | 25.1 | 25.9 | 26.6 | 27.3 | 28.0 | 28.7 | 29.4 | 30.2 | 30.9 | 31.6 | | | | | | | | | | | |
| 117 | 8.8 | 9.5 | 10.2 | 11.0 | 11.7 | 12.4 | 13.1 | 13.9 | 14.6 | 15.3 | 16.1 | 16.8 | 17.5 | 18.3 | 19.0 | 19.7 | 20.5 | 21.2 | 21.9 | 22.6 | 23.4 | 24.1 | 24.8 | 25.6 | 26.3 | 27.0 | 27.8 | 28.5 | 29.2 | 30.0 | 30.7 | 31.4 | 32.1 | | | | | | | | | | | |
| 116 | 8.9 | 9.7 | 10.4 | 11.1 | 11.9 | 12.6 | 13.4 | 14.1 | 14.9 | 15.6 | 16.3 | 17.1 | 17.8 | 18.6 | 19.3 | 20.1 | 20.8 | 21.6 | 22.3 | 23.0 | 23.8 | 24.5 | 25.3 | 26.0 | 26.8 | 27.5 | 28.2 | 29.0 | 29.7 | 30.5 | 31.2 | 32.0 | 32.7 | | | | | | | | | | | |
| 115 | 9.1 | 9.8 | 10.6 | 11.3 | 12.1 | 12.9 | 13.6 | 14.4 | 15.1 | 15.9 | 16.6 | 17.4 | 18.1 | 18.9 | 19.7 | 20.4 | 21.2 | 21.9 | 22.7 | 23.4 | 24.2 | 25.0 | 25.7 | 26.5 | 27.2 | 28.0 | 28.7 | 29.5 | 30.2 | 31.0 | 31.8 | 32.5 | 33.3 | | | | | | | | | | | |
| Peso (kg) | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | | | | | | | | | | | |

Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y Tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes \geq 19 años de edad, Agosto 2012

ANEXO N° 7

| Estatura (cm) | Niños(as) y adolescentes de 145 a 175 cm de estatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 175 | 6.2 | 6.5 | 6.9 | 7.2 | 7.5 | 7.8 | 8.2 | 8.5 | 8.8 | 9.1 | 9.5 | 9.8 | 10.1 | 10.4 | 10.8 | 11.1 | 11.4 | 11.8 | 12.1 | 12.4 | 12.7 | 13.1 | 13.4 | 13.7 | 14.0 | 14.4 | 14.7 | 15.0 | 15.3 | 15.7 | 16.0 | 16.3 | 16.7 | 17.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 174 | 6.3 | 6.6 | 6.9 | 7.3 | 7.6 | 7.9 | 8.3 | 8.6 | 8.9 | 9.2 | 9.6 | 9.9 | 10.2 | 10.6 | 10.9 | 11.2 | 11.6 | 11.9 | 12.2 | 12.6 | 12.9 | 13.2 | 13.5 | 13.9 | 14.2 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.5 | 15.9 | 16.2 | 16.5 | 16.8 | 17.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 173 | 6.3 | 6.7 | 7.0 | 7.4 | 7.7 | 8.0 | 8.4 | 8.7 | 9.0 | 9.4 | 9.7 | 10.0 | 10.4 | 10.7 | 11.0 | 11.4 | 11.7 | 12.0 | 12.4 | 12.7 | 13.0 | 13.4 | 13.7 | 14.0 | 14.4 | 14.7 | 15.0 | 15.4 | 15.7 | 16.0 | 16.4 | 16.7 | 17.0 | 17.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 172 | 6.4 | 6.8 | 7.1 | 7.4 | 7.8 | 8.1 | 8.5 | 8.8 | 9.1 | 9.5 | 9.8 | 10.1 | 10.5 | 10.8 | 11.2 | 11.5 | 11.8 | 12.2 | 12.5 | 12.8 | 13.2 | 13.5 | 13.9 | 14.2 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.5 | 15.9 | 16.2 | 16.6 | 16.9 | 17.2 | 17.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 171 | 6.5 | 6.8 | 7.2 | 7.5 | 7.9 | 8.2 | 8.5 | 8.9 | 9.2 | 9.6 | 9.9 | 10.3 | 10.6 | 10.9 | 11.3 | 11.6 | 12.0 | 12.3 | 12.7 | 13.0 | 13.3 | 13.7 | 14.0 | 14.4 | 14.7 | 15.0 | 15.4 | 15.7 | 16.1 | 16.4 | 16.8 | 17.1 | 17.4 | 17.8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 170 | 6.6 | 6.9 | 7.3 | 7.6 | 8.0 | 8.3 | 8.7 | 9.0 | 9.3 | 9.7 | 10.0 | 10.4 | 10.7 | 11.1 | 11.4 | 11.8 | 12.1 | 12.5 | 12.8 | 13.1 | 13.5 | 13.8 | 14.2 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.6 | 15.9 | 16.3 | 16.6 | 17.0 | 17.3 | 17.6 | 18.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 169 | 6.7 | 7.0 | 7.4 | 7.7 | 8.1 | 8.4 | 8.8 | 9.1 | 9.5 | 9.8 | 10.2 | 10.5 | 10.9 | 11.2 | 11.6 | 11.9 | 12.3 | 12.6 | 13.0 | 13.3 | 13.7 | 14.0 | 14.4 | 14.7 | 15.1 | 15.4 | 15.8 | 16.1 | 16.5 | 16.8 | 17.2 | 17.5 | 17.9 | 18.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 168 | 6.7 | 7.1 | 7.4 | 7.8 | 8.1 | 8.5 | 8.9 | 9.2 | 9.6 | 9.9 | 10.3 | 10.6 | 11.0 | 11.3 | 11.7 | 12.0 | 12.4 | 12.8 | 13.1 | 13.5 | 13.8 | 14.2 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.6 | 15.9 | 16.3 | 16.7 | 17.0 | 17.4 | 17.7 | 18.1 | 18.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 167 | 6.8 | 7.2 | 7.5 | 7.9 | 8.2 | 8.6 | 9.0 | 9.3 | 9.7 | 10.0 | 10.4 | 10.8 | 11.1 | 11.5 | 11.8 | 12.2 | 12.5 | 12.9 | 13.3 | 13.6 | 14.0 | 14.3 | 14.7 | 15.1 | 15.4 | 15.8 | 16.1 | 16.5 | 16.9 | 17.2 | 17.6 | 17.9 | 18.3 | 18.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 166 | 6.9 | 7.3 | 7.6 | 8.0 | 8.3 | 8.7 | 9.1 | 9.4 | 9.8 | 10.2 | 10.5 | 10.9 | 11.2 | 11.6 | 12.0 | 12.3 | 12.7 | 13.1 | 13.4 | 13.8 | 14.2 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.3 | 16.7 | 17.1 | 17.4 | 17.8 | 18.1 | 18.5 | 18.9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 165 | 7.0 | 7.3 | 7.7 | 8.1 | 8.4 | 8.8 | 9.2 | 9.6 | 9.9 | 10.3 | 10.7 | 11.0 | 11.4 | 11.8 | 12.1 | 12.5 | 12.9 | 13.2 | 13.6 | 14.0 | 14.3 | 14.7 | 15.1 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.5 | 16.9 | 17.3 | 17.6 | 18.0 | 18.4 | 18.7 | 19.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 164 | 7.1 | 7.4 | 7.8 | 8.2 | 8.6 | 8.9 | 9.3 | 9.7 | 10.0 | 10.4 | 10.8 | 11.2 | 11.5 | 11.9 | 12.3 | 12.6 | 13.0 | 13.4 | 13.8 | 14.1 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.7 | 17.1 | 17.5 | 17.8 | 18.2 | 18.6 | 19.0 | 19.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 163 | 7.2 | 7.5 | 7.9 | 8.3 | 8.7 | 9.0 | 9.4 | 9.8 | 10.2 | 10.5 | 10.9 | 11.3 | 11.7 | 12.0 | 12.4 | 12.8 | 13.2 | 13.5 | 13.9 | 14.3 | 14.7 | 15.1 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.6 | 16.9 | 17.3 | 17.7 | 18.1 | 18.4 | 18.8 | 19.2 | 19.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 162 | 7.2 | 7.6 | 8.0 | 8.4 | 8.8 | 9.1 | 9.5 | 9.9 | 10.3 | 10.7 | 11.1 | 11.4 | 11.8 | 12.2 | 12.6 | 13.0 | 13.3 | 13.7 | 14.1 | 14.5 | 14.9 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.8 | 17.1 | 17.5 | 17.9 | 18.3 | 18.7 | 19.1 | 19.4 | 19.8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 161 | 7.3 | 7.7 | 8.1 | 8.5 | 8.9 | 9.3 | 9.6 | 10.0 | 10.4 | 10.8 | 11.2 | 11.6 | 12.0 | 12.3 | 12.7 | 13.1 | 13.5 | 13.9 | 14.3 | 14.7 | 15.0 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.6 | 17.0 | 17.4 | 17.7 | 18.1 | 18.5 | 18.9 | 19.3 | 19.7 | 20.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 160 | 7.4 | 7.8 | 8.2 | 8.6 | 9.0 | 9.4 | 9.8 | 10.2 | 10.5 | 10.9 | 11.3 | 11.7 | 12.1 | 12.5 | 12.9 | 13.3 | 13.7 | 14.1 | 14.5 | 14.8 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.8 | 17.2 | 17.6 | 18.0 | 18.4 | 18.8 | 19.1 | 19.5 | 19.9 | 20.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 159 | 7.5 | 7.9 | 8.3 | 8.7 | 9.1 | 9.5 | 9.9 | 10.3 | 10.7 | 11.1 | 11.5 | 11.9 | 12.3 | 12.7 | 13.1 | 13.4 | 13.8 | 14.2 | 14.6 | 15.0 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.6 | 17.0 | 17.4 | 17.8 | 18.2 | 18.6 | 19.0 | 19.4 | 19.8 | 20.2 | 20.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 158 | 7.6 | 8.0 | 8.4 | 8.8 | 9.2 | 9.6 | 10.0 | 10.4 | 10.8 | 11.2 | 11.6 | 12.0 | 12.4 | 12.8 | 13.2 | 13.6 | 14.0 | 14.4 | 14.8 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.8 | 17.2 | 17.6 | 18.0 | 18.4 | 18.8 | 19.2 | 19.6 | 20.0 | 20.4 | 20.8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 157 | 7.7 | 8.1 | 8.5 | 8.9 | 9.3 | 9.7 | 10.1 | 10.5 | 11.0 | 11.4 | 11.8 | 12.2 | 12.6 | 13.0 | 13.4 | 13.8 | 14.2 | 14.6 | 15.0 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.6 | 17.0 | 17.4 | 17.9 | 18.3 | 18.7 | 19.1 | 19.5 | 19.9 | 20.3 | 20.7 | 21.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 156 | 7.8 | 8.2 | 8.6 | 9.0 | 9.5 | 9.9 | 10.3 | 10.7 | 11.1 | 11.5 | 11.9 | 12.3 | 12.7 | 13.1 | 13.6 | 14.0 | 14.4 | 14.8 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.8 | 17.3 | 17.7 | 18.1 | 18.5 | 18.9 | 19.3 | 19.7 | 20.1 | 20.5 | 21.0 | 21.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 155 | 7.9 | 8.3 | 8.7 | 9.2 | 9.6 | 10.0 | 10.4 | 10.8 | 11.2 | 11.7 | 12.1 | 12.5 | 12.9 | 13.3 | 13.7 | 14.2 | 14.6 | 15.0 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.6 | 17.1 | 17.5 | 17.9 | 18.3 | 18.7 | 19.1 | 19.6 | 20.0 | 20.4 | 20.8 | 21.2 | 21.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 154 | 8.0 | 8.4 | 8.9 | 9.3 | 9.7 | 10.1 | 10.5 | 11.0 | 11.4 | 11.8 | 12.2 | 12.6 | 13.1 | 13.5 | 13.9 | 14.3 | 14.8 | 15.2 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.9 | 17.3 | 17.7 | 18.1 | 18.6 | 19.0 | 19.4 | 19.8 | 20.2 | 20.7 | 21.1 | 21.5 | 21.9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 153 | 8.1 | 8.5 | 9.0 | 9.4 | 9.8 | 10.3 | 10.7 | 11.1 | 11.5 | 12.0 | 12.4 | 12.8 | 13.2 | 13.7 | 14.1 | 14.5 | 15.0 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.7 | 17.1 | 17.5 | 17.9 | 18.4 | 18.8 | 19.2 | 19.7 | 20.1 | 20.5 | 20.9 | 21.4 | 21.8 | 22.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 152 | 8.2 | 8.7 | 9.1 | 9.5 | 10.0 | 10.4 | 10.8 | 11.3 | 11.7 | 12.1 | 12.6 | 13.0 | 13.4 | 13.9 | 14.3 | 14.7 | 15.1 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.9 | 17.3 | 17.7 | 18.2 | 18.6 | 19.0 | 19.5 | 19.9 | 20.3 | 20.8 | 21.2 | 21.6 | 22.1 | 22.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 151 | 8.3 | 8.8 | 9.2 | 9.6 | 10.1 | 10.5 | 11.0 | 11.4 | 11.8 | 12.3 | 12.7 | 13.2 | 13.6 | 14.0 | 14.5 | 14.9 | 15.4 | 15.8 | 16.2 | 16.7 | 17.1 | 17.5 | 18.0 | 18.4 | 18.9 | 19.3 | 19.7 | 20.2 | 20.6 | 21.1 | 21.5 | 21.9 | 22.4 | 22.8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | 8.4 | 8.9 | 9.3 | 9.8 | 10.2 | 10.7 | 11.1 | 11.6 | 12.0 | 12.4 | 12.9 | 13.3 | 13.8 | 14.2 | 14.7 | 15.1 | 15.6 | 16.0 | 16.4 | 16.9 | 17.3 | 17.8 | 18.2 | 18.7 | 19.1 | 19.6 | 20.0 | 20.4 | 20.9 | 21.3 | 21.8 | 22.2 | 22.7 | 23.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 149 | 8.6 | 9.0 | 9.5 | 9.9 | 10.4 | 10.8 | 11.3 | 11.7 | 12.2 | 12.6 | 13.1 | 13.5 | 14.0 | 14.4 | 14.9 | 15.3 | 15.8 | 16.2 | 16.7 | 17.1 | 17.6 | 18.0 | 18.5 | 18.9 | 19.4 | 19.8 | 20.3 | 20.7 | 21.2 | 21.6 | 22.1 | 22.5 | 23.0 | 23.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 148 | 8.7 | 9.1 | 9.6 | 10.0 | 10.5 | 11.0 | 11.4 | 11.9 | 12.3 | 12.8 | 13.2 | 13.7 | 14.2 | 14.6 | 15.1 | 15.5 | 16.0 | 16.4 | 16.9 | 17.3 | 17.8 | 18.3 | 18.7 | 19.2 | 19.6 | 20.1 | 20.5 | 21.0 | 21.5 | 21.9 | 22.4 | 22.8 | 23.3 | 23.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 147 | 8.8 | 9.3 | 9.7 | 10.2 | 10.6 | 11.1 | 11.6 | 12.0 | 12.5 | 13.0 | 13.4 | 13.9 | 14.3 | 14.8 | 15.3 | 15.7 | 16.2 | 16.7 | 17.1 | 17.6 | 18.0 | 18.5 | 19.0 | 19.4 | 19.9 | 20.4 | 20.8 | 21.3 | 21.8 | 22.2 | 22.7 | 23.1 | 23.6 | 24.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 146 | 8.9 | 9.4 | 9.9 | 10.3 | 10.8 | 11.3 | 11.7 | 12.2 | 12.7 | 13.1 | 13.6 | 14.1 | 14.5 | 15.0 | 15.5 | 16.0 | 16.4 | 16.9 | 17.4 | 17.8 | 18.3 | 18.8 | 19.2 | 19.7 | 20.2 | 20.6 | 21.1 | 21.6 | 22.0 | 22.5 | 23.0 | 23.5 | 23.9 | 24.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 145 | 9.0 | 9.5 | 10.0 | 10.5 | 10.9 | 11.4 | 11.9 | 12.4 | 12.8 | 13.3 | 13.8 | 14.3 | 14.7 | 15.2 | 15.7 | 16.2 | 16.6 | 17.1 | 17.6 | 18.1 | 18.5 | 19.0 | 19.5 | 20.0 | 20.5 | 20.9 | 21.4 | 21.9 | 22.4 | 22.8 | 23.3 | 23.8 | 24.3 | 24.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peso (kg) | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y Tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes ≥ 19 años de edad, Agosto 2015



[Alimentacion saludable]

- No beber casi ninguna bebida azucarada.
- Tratar de tener un plato colorido para mejorar el aspecto
- Tomar de 6 a 8 vasos de agua al día.
- Comer acompañado

RECOMENDACIONES

- Tomar 5 o más raciones de fruta y/o verdura cada día.
- Limitar el tiempo de ocio pasado delante de una pantalla de televisión, ordenador o similares a 2 horas diarias (o menos).
- Hacer 1 hora de actividad física cada día (o más).



Mejora tu estilo de vida y alegra tus dias



NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Una buena alimentación y una dieta balanceada ayudan a un crecimiento saludable. Sin importar la edad se puede mejorar su nutrición y formar buenos hábitos alimenticios.

- Establecer un horario para regular las comidas en familia.
- Servir una variedad de alimentos y refrigerios saludables.
- Seguir una dieta nutritiva
- Evitar comer en restaurantes muy seguidos.
- Comer en la mesa no frente al televisor para evitar distracciones

Beneficios de realizar actividad física

- Programe un horario para la actividad física diaria.
- Utilice la actividad física como tiempo para estar en familia y afianzar los vínculos familiares; estén activos físicamente todos juntos.
- Organice fines de semanas activos planificando actividades divertidas para hacer en familia. Hagan excursiones, vayan juntos al zoo o la piscina o jueguen al disco



- Introduzca la actividad física en cosas que hacen regularmente.
- Suban por las escaleras en vez de coger el ascensor.
- Jueguen al aire libre siempre que sea posible.
- Reserve un área en su casa donde se pueda jugar de forma activa —que haga mal

