



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
PROGRAMA DOCTORADO EN ENFERMERIA

**EFFECTO DE UNA CONSEJERÍA
DE APOYO DECISIONAL EN SALUD
EN ADOLESCENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO**

POR ANGÉLICA MARITZA MOSQUEDA DÍAZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN ENFERMERÍA

*Profesora Tutora: Dra. Sara Mendoza Parra
Profesora Co-Tutora: Dra. Viviane Jofré Aravena
Asesora Estadística: Dra. Katia Sáez Carrillo*

*Mayo 2016
CONCEPCIÓN, CHILE*

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Sara Mendoza Parra

Profesora Asociada Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Profesora Co-Tutora Dra. Viviane Jofré Aravena

Profesora Asociada Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Profesora Dra. Alide Salazar Molina

Profesora Asociada Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Profesora Dra. Gabriela Nazar Carter

Profesora Asociada Universidad de Concepción
Doctora en Psicología

Directora del Programa
Profesora Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesora Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

FINANCIAMIENTOS

- Beca Doctoral MECESUP UBB/0607, “Innovación Académica en Escuelas de Enfermería en Red para Enfrentar Desafíos de la Educación Terciaria”.
- Convenio de Desempeño UVA/1298 “Hacia una Cultura de Indicadores de Desempeño en Educación Superior”.



DEDICATORIA

A Pablo, mi compañero de aventuras...

A todos/as los adolescentes que generosamente me permitieron desarrollar esta investigación y aprender con ellos/as.



AGRADECIMIENTOS

A la Dra. **Sara Mendoza Parra**, por su apoyo académico y personal, durante todo este proceso, por compartir sus conocimientos y entusiasmo, haciendo de esta investigación una experiencia inolvidable.

A la Dra. **Viviane Jofré Aravena**, por sus valiosos aportes al desarrollo de este trabajo, los que sin duda contribuyeron en el logro de los resultados que aquí presento.

A la Dra. **Katia Sáez Carrillo**, por los momentos de trabajo, las conversaciones, la asesoría estadística y su infinita paciencia para ayudarme a entender los números.

A todas/os las/os Académicos del Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción que participaron en mi formación, por su gran dedicación para transmitir sus conocimientos, ideas y pensamientos, los que aportaron en la formación de los míos.

A mis Amigas/os y Colegas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, especialmente del Departamento de Enfermería Niño y Adolescente, por creer que este sueño era posible, por su confianza y apoyo incondicional.

A Mis Amigas/o y Compañeras/o de Doctorado, a: **Paula Ceballos** por enseñarme de donde sacar fuerzas cuando se acaban, **María Olga Quintana** por mostrarme que es posible avanzar, cumplir con los plazos y publicar, **Vivian Vílchez** por abrir mis horizontes y permitirme aprender desde nuevas perspectivas, **Lizet Véliz** por demostrar que el trabajo persistente tiene sus frutos y a **Noé Ramírez** por enseñarme que siempre existen formas alternativas de afrontar las situaciones.

Al Personal Administrativo del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, por entregarme siempre una sonrisa y por la gentileza y oportunidad en la atención.

A **Pablo Masen**, por ayudarme a tomar la decisión de lanzarme en este desafío, acompañarme y animarme en su desarrollo, además de aportar con sus habilidades en la creación del material utilizado para las consejerías.

A **mis Padres, Maricela Díaz y Gerardo Mosqueda**, por enseñarme que con esfuerzo y perseverancia es posible conseguir todas las metas que me proponga. Y mi **hermano Erick** que me dio fuerza en los momentos más complejos.

A **Ruth Sarandona y Sergio Palominos**, que me acogieron como un integrante más de su familia, la familia de Concepción, sobre todo a Ruth que se convirtió en una gran amiga.

A **Camila Fuentevilla y Camila Pozo**, mis ayudantes en esta investigación, apoyos fundamentales en la fase diagnóstica y aplicación de instrumentos pre y post intervención.

A los profesionales que realizaron las derivaciones, **Carlos Céspedes** por las facilidades brindadas para que los adolescentes utilizaran las instalaciones deportivas de la Universidad de Valparaíso y coordinar las diferentes actividades físicas; **Carina Valenzuela** por coordinar las evaluaciones y asesorías nutricionales; **Paul Betancourt** por el apoyo en las evaluaciones e intervenciones psicológicas.

A **Camilo Guerrero**, enfermero que se capacitó y realizó el “Control Joven Sano” para el grupo control, cuyo aporte nunca podré agradecer lo suficiente.

A las **Autoridades y personal del Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso y del Instituto Marítimo de Valparaíso**, por brindar la autorización y facilidades requeridas para el desarrollo de esta investigación.

Y en forma muy especial a los/as **Adolescentes y sus Padres** que aceptaron participar en esta investigación, convirtiéndose en mis grandes maestros.



Resumen	i
Abstract	iii
Introducción	1
 Capítulo 1. Presentación y fundamentación del problema	
1.1 Antecedentes de la malnutrición por exceso en Chile.....	4
1.2 Magnitud de la malnutrición por exceso en la población adolescente....	8
1.3 Consecuencias de la malnutrición por exceso en la salud de los adolescentes.....	11
1.4 Costos económicos de la malnutrición por exceso versus la prevención	13
1.5 Causas de la malnutrición por exceso en los adolescentes.....	14
1.6 Presentación del problema.....	16
1.7 Justificación del estudio.....	20
 Capítulo 2. Marco referencial	
2.1 Marco Teórico	
2.1.1 Origen y fundamentos de la toma de decisiones en salud.....	24
2.1.2 Modelo conceptual para la toma de decisiones en salud.....	25
2.1.3 Modelo de toma de decisiones en salud de Ottawa.....	29
2.1.4 Marco conceptual de Ottawa.....	32
2.1.5 Características de la toma de decisiones en los adolescentes.....	38
2.1.6 Factores que influyen en la toma de decisión.....	41
 2.2 Marco Empírico	
2.2.1 Toma de decisiones en salud en adolescentes.....	45
2.2.2 Intervenciones para disminuir la malnutrición por exceso en adolescentes.....	48

Capítulo de 3. Formulación del problema de investigación

3.1 Objetivo general.....	54
3.2 Objetivos específicos.....	54
3.3 Hipótesis.....	55
3.4 Variables del estudio.....	57

Capítulo 4. Sujetos y métodos

4.1 Diseño de la investigación.....	58
4.2 Unidad de análisis.....	59
4.3 Población y Muestra.....	59
4.4 Instrumentos recolectores de datos.....	62
4.5 Control de calidad de los datos.....	67
4.6 Modalidad de recolección de datos.....	70
4.7 Intervenciones.....	71
4.7.1 Control Joven Sano.....	72
4.7.2 Consejería de Apoyo Decisional en Salud.....	76
4.8 Procesamiento de los datos.....	118
4.9 Análisis de los datos.....	118
4.10 Consideraciones éticas.....	121

Capítulo 5. Resultados

5.1 Perfil de la muestra.....	125
5.2 Comportamiento del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física pre-intervención...	129
5.2.1 Nivel de conflicto decisional pre-intervención.....	129
5.2.2 Nivel de malnutrición por exceso pre-intervención.....	133
5.2.3 Hábitos de alimentación pre-intervención.....	135
5.2.4 Hábitos de actividad física pre-intervención.....	141
5.3 Comportamiento del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física post-intervención...	143
5.3.1 Nivel de conflicto decisional post-intervención.....	143

5.3.2 Nivel de malnutrición por exceso post-intervención.....	149
5.3.3 Hábitos de alimentación post-intervención.....	153
5.3.4 Hábitos de actividad física post-intervención.....	164
5.4 Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física.....	166
Capítulo 6. Discusión	
6.1 Análisis del perfil de la muestra.....	172
6.2 Análisis del comportamiento basal del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física.....	175
6.2.1 Conflicto decisional.....	175
6.2.2 Malnutrición por exceso.....	177
6.2.3 Hábitos de alimentación.....	178
6.2.4 Hábitos de actividad física.....	184
6.3 Análisis del comportamiento post-intervención del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física.....	186
6.3.1 Análisis de los cambios intra-grupo en los niveles de conflicto decisional.....	186
6.3.2 Análisis de los cambios intra-grupo en los niveles de malnutrición por exceso.....	188
6.3.3 Análisis de los cambios intra-grupo en los hábitos de alimentación.....	190
6.3.4 Análisis de los cambios intra-grupo en los hábitos de actividad física.....	192
6.4 Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud.....	193
Capítulo 7. Conclusiones.....	198
Capítulo 8. Limitaciones.....	202
Capítulo 9. Sugerencias.....	204
Referencias Bibliográficas.....	207

Anexos	235
ANEXO A: Marco de interacción en la toma de decisión.....	235
ANEXO B: Definición nominal y operacional de variables.....	236
ANEXO C: Instrumento “Toma de decisiones en salud en Adolescentes” ...	245
ANEXO D: Autorización de Dra. Annette O’Connor para utilizar la “Escala de conflicto decisional”.....	251
ANEXO E: Ficha CLAP.....	252
ANEXO F: Material de consejerías.....	254
ANEXO G: Carta de aprobación comité de ética.....	269
ANEXO H: Carta de autorización Corporación Municipal.....	270
ANEXO I: Consentimientos y asentimientos informados.....	271



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Marco de interacción para la toma de decisión.....	26
Figura 2. Marco conceptual de Ottawa.....	32
Figura 3. Proceso de apoyo Decisional.....	37
Figura 4. Flujograma de constitución de la muestra.....	61
Figura 5. Flujograma de recolección de datos.....	70
Figura 6. Algoritmo de Intervención aplicada al Grupo Control.....	75
Figura 7. Unidad para realización de consejerías.....	78
Figura 8. Grupo de facebook “Yo decido sobre mi salud”.....	79
Figura 9. Algoritmo de Consejería de Apoyo Decisional en salud.....	82
Figura 10. Sesión de Actividad Física.....	84
Figura 11. Ejemplos de aplicación de escala de importancia.....	87
Figura 12. Ejemplos de aplicación de escala de confianza.....	88
Figura 13. Ejemplos de aspectos que ayudarían a tomar una decisión.....	89
Figura 14. Ejemplos de planificación de sesiones de consejerías.....	89
Figura 15. Ejemplos de planificación de derivaciones.....	90
Figura 16. Ejemplo de registro de alimentación y cuantificación calórica.....	92
Figura 17. Díptico de guía de alimentación para adolescentes.....	93
Figura 18. Ejemplo de pro- contras de comidas que podría implementar.....	94
Figura 19. Ejemplo de lectura de etiquetas nutricionales.....	95
Figura 20. Ejemplo de registro de actividad física y cuantificación calórica....	97
Figura 21. Ejemplo de elecciones de actividad física posible de realizar.....	98
Figura 22. Ejemplo de disponibilidad de tiempo para actividad física.....	99
Figura 23. Ejemplo de pro y contras de realizar actividad física.....	99
Figura 24. Ejemplo de personas importantes para tomar la decisión.....	102
Figura 25. Ejemplos de personas que han ejercido presión.....	102

Figura 26. Ejemplos de estrategias para manejar las presiones.....	103
Figura 27. Ejemplos de metas establecidas por los/as adolescentes.....	104
Figura 28. Ejemplo de evaluación de metas.....	110
Figura 29. Ejemplo de nuevas metas establecidas.....	111
Figura 30. Tarjetas con imágenes características de las sesiones.....	112
Figura 31. Ejercicio de desafíos y herramientas para enfrentarlos.....	113
Figura 32. Ejemplo de pro y contras modificados.....	115



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Prevalencia de malnutrición por exceso en adolescentes de países Desarrollados pertenecientes al G8 según sexo.....	9
Tabla 2.	Prevalencia de malnutrición por exceso en adolescentes de países Latinoamericanos según sexo.....	10
Tabla 3.	Etapas del proceso Decisional.....	33
Tabla 4.	Adaptación del apoyo decisional según etapas del proceso decisional.....	34
Tabla 5.	Decisiones que generan conflicto decisional.....	37
Tabla 6.	Confiabilidad de las escalas usadas en la investigación.....	69
Tabla 7.	Plan de análisis de datos.....	119
Tabla 8.	Características sociodemográficas y clínicas de los/as adolescentes pertenecientes a un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	125
Tabla 9.	Características psicosociales de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	127
Tabla 10.	Presencia de Conflicto Decisional frente a la malnutrición por exceso en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	129
Tabla 11.	Puntajes de conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso en adolescentes varones de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	131
Tabla 12.	Puntajes de conflicto decisional en adolescentes mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	132
Tabla 13.	Nivel de malnutrición por exceso general y por sexo, en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	133
Tabla 14.	Puntajes de percentil y porcentaje de grasa corporal en adolescentes hombres y mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	134

Tabla 15.	Frecuencia de consumo de las comidas habituales en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	135
Tabla 16.	Consumo de agua y alimentos extras entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	136
Tabla 17.	Consumo de alimentos específicos entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	137
Tabla 18.	Consumo de carnes, pescado y frituras entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	139
Tabla 19.	Características y frecuencia de actividad física en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015....	141
Tabla 20.	Participación en derivaciones de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	142
Tabla 21.	Presencia de Conflicto Decisional post intervención frente a la malnutrición por exceso, en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	144
Tabla 22.	Diferencias de puntajes de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes hombres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	146
Tabla 23.	Diferencias de puntajes de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	148
Tabla 24.	Nivel de malnutrición por exceso post intervención general y por sexo, en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	150
Tabla 25.	Diferencias de puntajes de percentil y porcentaje de grasa corporal pre y post-intervención en adolescentes hombres y mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	151
Tabla 26.	Consumo de comidas habituales post intervención, de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	153
Tabla 27.	Consumo de agua y alimentos extras post intervención, de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015....	155

Tabla 28.	Consumo de alimentos específicos post intervención, de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015....	158
Tabla 29.	Consumo de carnes, pescado y frituras post intervención, entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	161
Tabla 30.	Características y frecuencia de actividad física post intervención, entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	164
Tabla 31.	Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional y sus dimensiones, en los hombres del grupo control y grupo intervención.....	167
Tabla 32.	Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional y sus dimensiones, en las mujeres del grupo control y grupo intervención.....	167
Tabla 33.	Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre la malnutrición por exceso, en los hombres y mujeres del grupo control y grupo intervención.....	168
Tabla 34.	Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre los hábitos de alimentación, del grupo control y grupo intervención.....	169
Tabla 35.	Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre los hábitos de actividad física, del grupo control y grupo intervención.....	170

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Evolución del puntaje de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes hombres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	146
Gráfico 2.	Evolución del puntaje de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	148
Gráficos 3 - 4.	Evolución del percentil y porcentaje de grasa corporal pre y post-intervención en adolescentes hombres y mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	151
Gráfico 5.	Evolución del consumo diario de comidas habituales pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	154
Gráfico 6.	Evolución del consumo diario de agua y alimentos extras pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	156
Gráfico 7.	Evolución del consumo de alimentos específicos pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	160
Gráfico 8.	Evolución del consumo de pan pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	160
Gráfico 9.	Evolución del consumo de carnes, pescado y frituras pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	163
Gráfico 10.	Evolución de las características y frecuencia de actividad física pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015.....	165

Antecedentes. La malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) es un fenómeno que ha cobrado cada vez más relevancia, ya que se ha incrementado progresivamente, especialmente durante la adolescencia, provocando un gran impacto en la salud física, psicológica y social para las personas, además de grandes costos económicos para la sociedad.

Justificación. A nivel nacional, se han implementado una serie de estrategias que no han sido suficientes para afrontar y revertir esta problemática. En este contexto, el modelo conceptual de “Toma de Decisiones en Salud de Ottawa” propone una visión alternativa para implementar nuevas intervenciones. Según este referente, cuando las personas se enfrentan a una decisión, pueden experimentar conflicto decisional o incertidumbre frente a las diferentes posibilidades.

Objetivo. Determinar el efecto de una consejería de apoyo decisional en salud, sobre el conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física en población adolescente.

Sujetos y Métodos. Diseño cuasi-experimental con pre y post-test en grupos intactos, la población correspondió a adolescentes con malnutrición por exceso, matriculados en liceos municipalizados de Valparaíso. La muestra se obtuvo seleccionando aleatoriamente un liceo, el cual contaba con dos sedes, también de forma aleatoria una de ellas se estableció como grupo intervención, donde 41 estudiantes recibieron “Consejerías de Apoyo Decisional en Salud” y, en la otra sede, se estableció el grupo control, donde 40 adolescentes participaron del “Control Joven Sano, las intervenciones se desarrollaron entre agosto 2013 y junio 2014.

Para establecer el perfil de la muestra, se aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica (elaborado para esta investigación), la escala multidimensional de apoyo social percibido y la escala de autoeficacia general. Para las variables dependientes se utilizó la escala de conflicto decisional que mide conflicto decisional global y sus dimensiones (incertidumbre, conocimiento de las opciones,

valor otorgado a las opciones, participación de otros en la decisión y satisfacción con la decisión tomada), el cuestionario de hábitos de alimentación y actividad física y finalmente, para medir la malnutrición por exceso se utilizaron el percentil de IMC y el porcentaje de grasa corporal.

Para la medición basal se utilizó estadística descriptiva y para determinar el efecto de la intervención se aplicó test de Wilcoxon, test t de Student para grupos pareados, análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria, U de Mann-Whitney y χ^2 . Se contemplaron requisitos éticos.

Resultados. Como efectos de la consejería de apoyo decisional en salud se obtuvo que, en los hombres del grupo control hubo un aumento en los puntajes de conflicto decisional y una disminución en el grupo intervención, con diferencias significativas, tanto en el conflicto decisional global (U=202; p=0,01), como en las subescalas conocimiento de las opciones (U=202; p=0,01), valor otorgado a las opciones (t=193,5; p=0,05) y participación de otros en la decisión tomada (U=197; p=0,03). Además, en el grupo de mujeres se observó una disminución significativamente mayor de la malnutrición por exceso en el grupo intervención, con reducción del percentil de IMC (U=471; p<0,01) y porcentaje de grasa corporal (t=3,18; p<0,01). También, hubo mejoras significativas en algunos hábitos de alimentación del grupo intervención, como en el consumo diario de agua ($\chi^2=4,22$; p=0,04), consumo diario de fruta ($\chi^2=11,45$; p<0,01), consumo de pescado ($\chi^2=3,91$; p=0,04) y consumo de pan (U=517; p<0,01) y, un empeoramiento en el consumo de lácteos en el grupo control ($\chi^2=4,38$; p=0,04). Respecto a la actividad física, en el grupo intervención, mejoró la práctica de actividad física en la última semana ($\chi^2=9,74$; p<0,01) y en el grupo control empeoró la frase que representa la actividad realizada ($\chi^2=0,61$; p<0,01), la práctica de actividad física del último año ($\chi^2=0,52$; p<0,01) y del último mes ($\chi^2=0,61$; p<0,01).

Conclusión. La consejería de apoyo decisional reportó mejores resultados frente al conflicto decisional en varones del grupo intervención, resultados más efectivos frente a la malnutrición por exceso en mujeres del grupo intervención y una mejora

en algunos hábitos de alimentación y actividad física del grupo intervención en general. Constituyéndose en una alternativa de intervención en población adolescente.

Palabras claves: Malnutrición por exceso, sobrepeso, obesidad, toma de decisiones, salud del adolescente.

ABSTRACT

Background. Malnutrition by excess (overweight and obesity) is a phenomenon that has become increasingly relevant due to its gradual increase, specially during adolescence, causing a great impact in physical, psychological, and social health of people, with huge economic costs for society.

Justification. At national level, several strategies have been implemented but they have not been sufficient to face and remedy this problem. In this context, the conceptual model of “Ottawa’s Decision-Making in Health” proposes an alternative for new interventions. According to this model, when people have to make a decision, they can experiment a decisional conflict or incumbency facing the different possibilities.

Objective. Determine the effect of a decision-making support counseling in health, about the decision-making conflict, malnutrition by excess, eating and physical activity habits in the adolescent population.

Subjects and Methods. Quasi-experimental design with pre and post-test in intact groups, the population was made up by adolescents with malnutrition by excess, registered in two headquarters of a municipal high-school of Valparaíso. The sample was obtained randomly choosing a high school with two campuses. One of these campuses was chosen randomly as intervention group. Here, 41 students received “decision-making support counseling in health”. The other campus was established as control group. Here, 40 adolescents participated of the program “control of the

healthy young". The interventions were performed between August 2013 and June 2014.

To establish the profile of the sample, three actions were developed and applied. First, a socio-demographic questionnaire (created for this research), Second, the social support scale. Third, the scale of self-efficacy. For the dependent variables the decision-making conflict scale was used. This scale measures the global decision-making conflict and its dimensions (uncertainty, knowledge about the choices, value assigned to the choices, participation of other people in the decision and satisfaction with the decision made), also, the questionnaire about eating habits and physical activity, and finally, to measure malnutrition by excess the BMI percentile was estimated and the percentage of body fat was also measured.

To define the base line, descriptive statistics was used. The effect of the intervention was determined by using the following tests and measures: test of Wilcoxon, test t of Student for matched group, variance analysis of repeated measures with binary answer, Mann-Whitney's U and χ^2 . Ethical requirements were considered.

Results. The main effects of the decision-making support counseling were: in relation to men, it was verified that the control group had an increase in the scores of the decision-making conflict while the intervention group had a decrement. These differences were statistically significant for the global decision-making conflict (U=202; p=0,01), and also for the following sub scales, knowledge about the choices (U=202; p=0,01), value assigned to the choices (t=193,5; p=0,05) and participation of other people in the decision made (U=197; p=0,03). In relation to women, in the intervention group was observed a statistically significant decrease of the malnutrition by excess because of the reduction of the BMI percentile (U=471; p<0,01) and also the reduction of the percentage of body fat (t=3,18; p<0,01). Furthermore, there were significant improvements in several eating habits of the intervention group, such as daily water consumption ($\chi^2=4,22$; p=0,04), daily fruit consumption ($\chi^2=11,45$; p=<0,01), fish consumption ($\chi^2=3,91$; p=0,04) and bread consumption (U=517; p<0,01), in the other hand, in the control group a deterioration in the consumption of milk products was constated ($\chi^2=4,38$; p=0,04). Regarding to

the physical activity, in the intervention group, the practice of physical activity was improved in the last week ($\chi^2=9,74$; $p<0,01$), while in the control group the item that represents the performed activity gets worse ($\chi^2=0,61$; $p<0,01$) just like the last year physical activity ($\chi^2=0,52$; $p<0,01$) and the last month one ($\chi^2=0,61$; $p<0,01$).

Conclusion. The decision-making support counseling reported better results over the decision-making in men of the intervention group, more effective results with regard to malnutrition by excess in women of the intervention group and an improvement in the eating habits and physical activity of the intervention group in general, thus becoming an intervention alternative in adolescent population.

Key words: Malnutrition by excess, overweight, obesity, decision making, adolescent health.



La malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) es una problemática que afecta a toda la población, aunque es particularmente preocupante en la población infanto-juvenil, incluyendo a los adolescentes, ya que produce un significativo impacto sobre su salud, y actúa como factor de riesgo para gran parte de la morbi-mortalidad del adulto, produciendo un importante costo económico y social.

El aumento progresivo en la prevalencia de la malnutrición por exceso hace suponer que las estrategias implementadas hasta ahora han sido insuficientes para impactar positivamente en su manejo, por lo que el presente estudio propone una alternativa que pretende apoyar las decisiones tomadas por los/las adolescentes y que influyen sobre esta situación de salud. Esta forma de intervención ha sido escasamente utilizada a nivel nacional y se visualiza como una alternativa que podría reportar beneficios frente a esta problemática.

Considerando los aspectos señalados, esta investigación se propuso determinar el efecto de una consejería de apoyo decisional en salud, sobre el proceso deliberativo y sobre algunos resultados clínicos como el estado nutricional, hábitos de alimentación y actividad física de adolescentes con malnutrición por exceso, y contribuir al conocimiento generado por el Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción.

A continuación, se presenta el procedimiento llevado a cabo y los resultados obtenidos, el documento presentado se desarrolla básicamente en los siguientes capítulos:

La primera parte corresponde a la **presentación y fundamentación del problema**, donde se analizan los antecedentes de la malnutrición por exceso en Chile, para luego centrarse en la población adolescente, a través de la revisión de la magnitud de esta problemática a nivel internacional y nacional, reflexionando sobre las causas y consecuencias de la malnutrición por exceso en la salud de los/as adolescentes. Además, se revisan los costos económicos que genera la

malnutrición por exceso versus los costos de programas de prevención, todo lo cual permitirá presentar y justificar el problema de investigación.

La segunda sección presenta el **marco referencial**, donde se examina el marco teórico de la “Toma de Decisiones en Salud”, su origen, fundamentos y modelo conceptual, profundizando en el “Modelo Conceptual de Ottawa”, que sustenta esta investigación, analizando además, las características en que los/as adolescentes toman sus decisiones. También se da a conocer el marco empírico, a través de un amplio levantamiento bibliográfico en diversas bases de datos, que dan cuenta de la toma de decisiones en salud y las intervenciones para disminuir la malnutrición por exceso en población adolescente.

En la tercera parte se expone **la formulación del problema de Investigación**, se establece el objetivo general y los objetivos específicos, se plantean las hipótesis y variables que orientaron el estudio.

En la cuarta parte se presentan los **sujetos y métodos**, exponiendo el diseño cuasi-experimental implementado, se da a conocer la unidad de análisis, estableciendo la población y la selección de la muestra (grupo de intervención y control), se analizan los instrumentos utilizados, el plan de recolección de datos, se detalla la intervención realizada a cada grupo, se informa del procesamiento y análisis de los datos aplicados. Además, un análisis de las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para desarrollar la investigación.

En la sección siguiente se presentan los **resultados** obtenidos, dando respuesta a los objetivos y poniendo a prueba las hipótesis planteadas, evaluando así esta nueva propuesta de intervención frente a la malnutrición por exceso en la población adolescente.

Posteriormente, se da a conocer la **discusión**, en esta parte se analiza la evaluación basal de las variables, los cambios obtenidos post-intervención en los grupos intervención y control y, se finaliza determinando la efectividad atribuible a la consejería de apoyo decisional propuesta.

En la parte final de este documento se da cuenta de las principales **conclusiones, limitaciones y recomendaciones** emanadas a partir del desarrollo de este estudio, aportando con una nueva intervención viable de implementar, al desarrollo de la disciplina de Enfermería y a la Salud Pública de los/as adolescentes chilenos.



CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes de la malnutrición por exceso en Chile.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, los países desarrollados y en vías de desarrollo han experimentado grandes procesos de urbanización, desarrollo tecnológico y globalización, los que han generado importantes modificaciones socioeconómicas, que a su vez se han traducido en cambios en los estilos de vida, con consecuencias positivas y negativas en la salud de las personas. Entre los aspectos positivos destacan el aumento de la esperanza de vida y una disminución de las enfermedades infectocontagiosas; y entre los efectos negativos, el incremento de las muertes por accidentes y violencia y el desarrollo de procesos crónicos degenerativos (1,2).

Chile no ha quedado exento de esta problemática y en las últimas cuatro décadas se ha evidenciado un cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por una elevada tasa de enfermedades crónicas no transmisibles, con una gran carga de morbi-mortalidad desarrollada cada vez a edades más tempranas (3).

Para estas enfermedades crónicas no transmisibles, la organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado seis factores de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, consumo de tabaco, escasa ingesta de frutas y verduras, falta de actividad física y malnutrición por exceso. El estudio de estos factores ha permitido visualizar dos aspectos relevantes desde el punto de vista sanitario, el primero es que son factores susceptibles de ser modificados o de retrasar su aparición, a través de intervenciones de salud y el segundo es que tienen una influencia diferenciada en la generación de enfermedades (1,2).

Para afrontar este escenario, el Ministerio de Salud chileno (MINSAL) ha desarrollado una serie de estrategias, que se iniciaron hacia 1998 con la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud. Producto de este Plan se creó el Consejo Nacional para la promoción de la salud "*Vida Chile*". Sus objetivos fueron establecer diagnósticos de salud participativos y formular, implementar y evaluar un plan comunal de promoción de la salud (4).

Dos años más tarde y en congruencia con los factores propuestos por la OMS (1), el Consejo “*Vida Chile*”, fijó las siguientes prioridades para promoción de la salud: reducir la prevalencia de obesidad, sedentarismo y tabaquismo, y aumentar los factores protectores psicosociales y ambientales. Estas prioridades, posteriormente, pasaron a integrar los objetivos sanitarios para la década 2000 – 2010 en la reforma de salud (4).

Entre las prioridades declaradas, una de las situaciones más relevantes a considerar a nivel nacional es la malnutrición por exceso, situación por la cual se decidió centrar la presente investigación en esa problemática.

La malnutrición por exceso es una categoría diagnóstica de alteración nutricional que agrupa el sobrepeso y la obesidad. Ha sido definida como el aumento del tejido graso corporal, producido por un desbalance energético, donde la ingesta supera las pérdidas (5).

Este fenómeno de salud destaca porque:

1. Constituye el principal problema nutricional de la población chilena, durante todo el ciclo vital (5-7).
2. Se genera como consecuencia de una alimentación hipercalórica con alto contenido de nutrientes críticos (sodio, azúcares, grasas saturadas y trans) y una disminución de la actividad física asociada a la adquisición de bienes de consumo (2,8). Todos estos, constituyen estilos de vida susceptibles de ser modificados.
3. Es un factor de riesgo independiente en salud, esto significa que por sí sólo tiene un gran impacto sobre la aparición de enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares (1).

Todos estos aspectos fueron considerados por el MINSAL en la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud y el Consejo “*Vida Chile*”. Después de cinco años de funcionamiento, en el año 2005, se realizó una evaluación de los logros alcanzados, obteniendo resultados divergentes. Por un lado, se lograron importantes avances en términos de generación e implementación de políticas

intersectoriales de promoción de la salud (4,6). No obstante, respecto a la disminución de la obesidad, en el grupo de pre-escolares y embarazadas, las tasas de obesidad no registraron disminución y en el grupo de escolares de primero básico, se observó un considerable aumento (9).

A la luz de los resultados obtenidos y considerando la importancia de esta problemática de salud, a finales del año 2005, el MINSAL impulsa dos nuevas iniciativas vinculadas a los planes de promoción ya establecidos, esta vez con la finalidad de dar una respuesta más específica a la malnutrición por exceso. Desde la perspectiva de atención primaria se plantea entonces la *“Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital”*. Esta estrategia preventiva integra las visiones nutricionales, alimentarias y de actividad física, y aunque su aplicación se proyectó para todo el ciclo vital, inicialmente se dirigió a la población de embarazadas y los/as menores de 6 años (10). Otra iniciativa fue la *“Estrategia Global contra la Obesidad (Ego Chile)”*. Esta se propuso como meta principal disminuir la prevalencia de la obesidad a lo largo de toda la vida, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física. Sus intervenciones abarcan los ámbitos sanitario, escolar, empresarial, académico y sociedades científicas (11).

Dichas estrategias se implementaron nuevamente durante cinco años, y en el año 2010 se realizaron evaluaciones que advierten lo siguiente:

- La Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 informa una prevalencia de malnutrición por exceso del 37,8% para la población entre 15 y 24 años y un 72,7% en los mayores de 25 años, manteniéndose una tendencia ascendente en las cifras (7).
- En el caso de la población infantil, se evaluó el programa EGO – Chile desarrollado en 1000 escuelas a lo largo del país. Este contemplaba entre otras actividades: capacitación docente en alimentación, nutrición y actividad física, incorporación de la temática en los programas curriculares y aumento de las horas de actividad física de los estudiantes (11). Al respecto los resultados son claramente negativos, no muestran cambios para mejorar la alimentación y

aumentar la actividad física de los escolares, ni tampoco muestran avances en términos de reducción de la obesidad. Por el contrario, la prevalencia ha seguido incrementándose (12).

Complementario a lo anterior, a partir del año 2007, se trabajó en el ámbito normativo, esto es, desarrollo de guías y ajuste de directrices técnicas en dos aspectos: alimentación saludable y manejo de malnutrición por déficit y por exceso. Conjuntamente a estas acciones se han generado proyectos de ley para limitar la publicidad y comercialización de alimentos no saludables y regular las horas de actividad física en las escuelas. En la actualidad estos proyectos tienen diferentes grados de avances en la tramitación legislativa e implementación (8).

Con todo lo anterior, la malnutrición por exceso fue considerada en el tercer objetivo sanitario para la década 2010 – 2020, la cual expone *“Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”*. Los objetivos dirigidos directamente a enfrentarla proponen, entre otros: disminuir la prevalencia de obesidad infantil y aumentar la prevalencia de la práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes. Como indicadores de resultados se establecen, la tasa anual de consulta nutricional en el menor de 5 meses y preescolar, porcentaje anual de colegios municipalizados y subvencionados intervenidos con el programa de establecimientos saludables dependientes de la Secretarías Ministeriales de Salud y la suscripción Municipal a la política de actividad física vigente, todos indicadores enmarcados en la campaña *“Elige vivir sano”*. Estos serán evaluados a la mitad y al finalizar el periodo, es decir, en los años 2015 y 2020 (8).

Como lo demuestra la información presentada, la malnutrición por exceso es una problemática transversal a toda la población, que ha mostrado un continuo aumento en su prevalencia, lo que hace suponer que las estrategias implementadas hasta ahora han sido insuficientes para impactar positivamente en su manejo.

Ahora bien, desde el punto de vista de la salud pública, resulta particularmente preocupante el progresivo y sostenido aumento de la obesidad en la población infanto-juvenil, a tal punto que la edad escolar y adolescente son considerados periodos críticos para el desarrollo de esta condición, especialmente por su significativo impacto sobre la salud de los afectados y su acción como factor de riesgo en gran parte de la morbi-mortalidad del adulto (13-15).

1.2 Magnitud de la malnutrición por exceso en la población adolescente.

Expertos en la materia han informado que conocer la real magnitud del problema y la comparación entre países es compleja. La falta de uniformidad tanto en la medición, como en los puntos de corte para clasificar el sobrepeso y la obesidad constituyen una gran dificultad. En algunos casos se utiliza como medida el 110% o el 120% del peso ideal para la edad, o un peso para la edad >1 o >2 desviaciones estándar en puntajes Z, o calculando un percentil $>$ a 85, 90, 95 o 97 del Índice de Masa Corporal (IMC) (14,16).

En los últimos años, las tablas de crecimiento más utilizadas en población adolescente proceden de tres fuentes: el International Obesity Task Force (IOTF), el Centers for Disease Control and Prevention (CDC-2000) y la OMS-2007 (17). De ellas, la referencia más utilizada es la IOTF (17), investigadores señalan que sería la que mejor se ajusta a esta etapa de la vida (18). A pesar de todas estas diferencias y complejidades en la medición de la obesidad, es relevante conocer la magnitud y tendencias de la malnutrición por exceso a través del tiempo.

Las características de los adolescentes con malnutrición por exceso parecen estar relacionadas con el desarrollo socioeconómico de los países, y han permitido elaborar un perfil diferenciado de los afectados para países desarrollados y en vías de desarrollo. Si bien en ambos casos pertenecen a las familias de menores ingresos, en las economías más elevadas se caracterizan por pertenecer a grupos étnicos minoritarios, por ejemplo, en Estados Unidos a indígenas e hispanos, y en las economías emergentes se inclina hacia mujeres que viven en zonas urbano marginales (13,14,19).

Las primeras investigaciones que cuantificaron este fenómeno se realizaron en países desarrollados en la década de 1970, y desde entonces las cifras se han mantenido en ascenso (13). Dos décadas más tarde, en 1990, la prevalencia de malnutrición por exceso se ha duplicado y triplicado en la población infantil, incluidos los adolescentes, situación que se ha reproducido en la mayoría de las Regiones y países del mundo, adquiriendo características epidémicas (16).

Expertos señalan que las Américas constituyen la zona de mayor prevalencia con un 27,7%, seguido de Europa con un 25,5% y el Oriente medio con 23,5%. Las zonas menos afectadas son el Pacífico oeste con un 12% y en el Sureste asiático con un 10,6%, donde si bien las cifras son menores, también han aumentado significativamente. Como es esperable África tiene una prevalencia muy marginal de 1,8% y se presenta solo con el afán de comparar datos mundiales (14).

La tabla 1 muestra los datos de prevalencia en adolescentes de países desarrollados, entre los años 2008 y 2012. Para dar una visión general de la situación se optó por mostrar la realidad del grupo de países más industrializados, denominado G8 (20-27).

Tabla 1. Prevalencia de malnutrición por exceso en adolescentes de países Desarrollados pertenecientes al G8 según sexo.

País	Año de Publicación	Medición	Prevalencia en Mujeres	Prevalencia en Hombres	Prevalencia Total
Alemania	2011	OITF SP: >P90 OB: >P 97	26,1	34,6	30,4
Canadá	2012	OMS	28,2	34,5	31,4
Estados Unidos	2012	CDC	32,6	34,6	33,6
Francia	2008	IOTF	16,6	21,0	18,8
Italia	2010	Sin Información	24,7	30,5	27,6
Japón	2010	IOTF	17,2	23,0	20,1
Reino Unido	2010	IOTF	18,3	20,6	19,5
Rusia	2010	OMS	8,9	12,4	10,3
Promedio G8	-	-	21,6	26,4	24

Fuente: Elaboración propia de diversas investigaciones publicadas entre 2008 y 2012.

En la tabla anterior destaca que, en orden descendente los países de Estados Unidos, Canadá, Alemania e Italia, presentan prevalencias sobre el promedio general (24%) y, que en todos los países se observan cifras mayores en el sexo masculino. Es importante señalar que el único país que ha mostrado un descenso de la malnutrición por exceso es Rusia, fenómeno explicado por procesos económicos más que por la implementación de políticas preventivas en salud (27). En términos generales, según la prevalencia total, se puede inferir que en los países desarrollados la malnutrición por exceso afecta a uno de cada cuatro adolescentes, con predominio masculino.

Por otro lado, en Latinoamérica coexisten dos realidades económicas diferentes, las que se evidencian en dos grupos de países: subdesarrollados y en vías de desarrollo. Para el primer grupo el principal problema nutricional es la desnutrición (28), en cambio para los países en vías de desarrollo, como muestra la tabla 2, la malnutrición por exceso cada vez está cobrando mayor importancia (7,29-35).

Tabla 2. Prevalencia de malnutrición por exceso en adolescentes de países Latinoamericanos según sexo.

País	Año de Publicación	Medición	Prevalencia en Mujeres	Prevalencia en Hombres	Prevalencia Total
Argentina	2013	IOTF	*	*	32,0
Brasil	2010	OMS	23,4	27,6	25,5
Chile	2011	CDC	37,8	37,7	37,8
Colombia	2010	CDC	*	*	16,7
Costa Rica	2010	OMS	23,9	17,4	20,8
Cuba	2009	IMC según Tablas Cubanas	24,6	15,5	20,1
México	2012	OMS	35,8	34,1	35,0
Uruguay	2012	CDC	24,9	28,6	26,6
Promedio					26,8

Fuente: Elaboración propia de diversas instituciones gubernamentales entre 2009 y 2013.

La tabla 2 evidencia como en Chile, México y Argentina existen prevalencias por sobre el promedio general de la Región (26,8%). Además, se puede observar una distribución heterogénea por sexo, donde Brasil y Uruguay presentan mayor

prevalencia en varones; en cambio Costa Rica, Cuba y México señalan una mayor prevalencia en mujeres, mientras que Chile no exhibe diferencias por sexo.

En este caso, la prevalencia general indica que la magnitud del fenómeno es ligeramente mayor que la observada en los países desarrollados, donde más de uno por cada cuatro adolescentes presenta malnutrición por exceso, con diversas inclinaciones por sexo.

Las cifras presentadas revelan la gran magnitud de esta problemática, la que afecta alrededor de un cuarto de la población adolescente mundial, con un mayor impacto en los países en vías de desarrollo, entre los cuales Chile a nivel de Latinoamérica muestra las cifras más elevadas. Esta situación da cuenta de la importancia y urgencia de generar intervenciones que muestren mayor efectividad para manejar este fenómeno.

1.3 Consecuencias de la malnutrición por exceso en la salud de los adolescentes.

Expertos nacionales e internacionales han señalado que la principal consecuencia de ser un adolescente con malnutrición por exceso, es el riesgo de que esta condición se mantenga en la vida adulta, se ha estimado que alrededor del 80% de los adolescentes obesos persistirán como obesos en la adultez, lo que provocará una temprana adición de enfermedades crónicas no transmisibles y con ello una significativa reducción de las expectativas de vida, que se ha estimado entre 5 y 20 años (8,11,36,37).

Recién en el año 2003, la Academia Americana de Pediatría advierte que la obesidad en adolescentes puede generar directamente o asociarse a daños físicos, psicológicos y sociales que se van presentando en distintas etapas (36).

En el corto plazo, los problemas físicos más comunes causados por la malnutrición por exceso son los de tipo ortopédico, entre los más frecuentes están la hiperlordosis, genu varum y desplazamiento de la epífisis femoral. A mediano

plazo se van estableciendo alteraciones cardiovasculares como hipercolesterolemia, dislipidemia e hipertensión arterial. A nivel endocrino se presenta resistencia insulínica, hiperinsulinismo, diabetes mellitus tipo 2 e incluso síndrome metabólico. Otras complicaciones se presentan a nivel pulmonar donde se han descrito asociaciones con asma, apnea obstructiva durante el sueño e hipoventilación del obeso (síndrome de pickwick) y complicaciones gastrointestinales como hígado graso no alcohólico (13,15,36-38).

En relación con los aspectos psicológicos, se han evidenciado altos niveles de estrés generados por las exigencias sociales de belleza y la necesidad de aceptación. Esto produce insatisfacción con la imagen corporal y una alteración en la construcción de identidad, traduciéndose en daños emocionales como baja autoestima, aislamiento, depresión, trastornos de conducta e inseguridad (15,36,38). Ese conjunto de fenómenos provoca dificultades para que los adolescentes reconozcan sus capacidades de modificar su situación de salud y esta baja autoeficacia hace que su malnutrición por exceso se mantenga (39).

Socialmente se ven expuestos a una gran estigmatización, discriminación y maltrato, especialmente, por parte de sus compañeros y familiares (40). Así, las principales fuentes de apoyo social del adolescente, se convierten en fuentes de presión que difícilmente consiguen manejar, llegando a provocar bajo rendimiento académico y mayor riesgo de deserción escolar, reduciendo la estabilidad y acceso a mejores empleos, con deterioro del estatus socioeconómico y de la calidad de vida general (15,37).

Las consecuencias de la malnutrición por exceso en la salud física, psicológica y social de los adolescentes, exige que las disciplinas sanitarias incorporen esta línea de investigación con la finalidad de realizar aportes significativos para su reducción.

1.4 Costos económicos de la malnutrición por exceso versus la prevención.

La fuerte asociación entre obesidad y enfermedades crónicas genera que las personas con malnutrición por exceso realicen una amplia utilización de los servicios de salud (37) y, para algunos países esto representa hasta el 10% del gasto sanitario anual (41). Al realizar una proyección lineal de esta situación, considerando el aumento de la malnutrición por exceso en las últimas dos décadas y que los problemas de salud se presentan cada vez más tempranamente (40), se podría esperar un aumento del 70% de los costos a partir del 2015 y aumentar en 2,4 veces para el 2025 (37).

También existe un gran impacto económico en el ámbito laboral, donde las personas con malnutrición por exceso producen costos relacionados con mayor ausentismo por licencias médicas, además presentan un menor grado de productividad y rendimiento en el trabajo, solicitan con mayor frecuencia beneficios por discapacidad, incluyendo pensiones adelantadas y finalmente tienen mayor proporción de muertes prematuras. Todo lo anterior genera una gran pérdida de años potencialmente productivos, y que hasta ahora no ha logrado ser calculado (37).

Las intervenciones que han resultado más costo-efectivas son aquellas que combinan salud y educación a nivel preventivo, y que están dirigidas a mejorar los comportamientos alimentarios y estimular la actividad física en población infanto-juvenil. Experiencias exitosas se han llevado a cabo en el sistema escolar, realizadas por un equipo multidisciplinario y coordinadas por enfermeras escolares (37). En el caso de la adolescencia, se ha considerado un periodo especialmente sensible para abordar esta temática y sin embargo corresponde a la población menos intervenida (42). En ellos se recomienda realizar actividades más individualizadas como consejerías y focalizadas en los grupos de alto riesgo, como por ejemplo los adolescentes con malnutrición por exceso. Esto les permitiría adquirir habilidades necesarias para manejar la problemática (37).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, han realizado estudios cooperativos en Europa que muestran que la malnutrición por exceso provocaría una carga total por enfermedad de 3,6 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA¹) y las intervenciones preventivas podrían generar ganancias entre 39.000 y 490.000 por AVISA anuales (37).

Los antecedentes presentados hasta ahora demuestran que la generación de actividades preventivas, desarrolladas a través de programas permanentes, dirigidos a la población de riesgo especialmente sensible a la temática de malnutrición por exceso, como son los adolescentes con sobrepeso y obesidad, puede producir, a largo plazo, una disminución de costos sanitarios y sociales y una importante disminución en AVISA.

1. 5 Causas de la malnutrición por exceso en los adolescentes.

Los mecanismos a través de los cuales se desarrolla la malnutrición por exceso aún no se conocen completamente, lo que se ha confirmado es que ocurre cuando la ingesta energética excede los gastos (13).

Se ha postulado la existencia de una compleja interacción etiológica entre diferentes factores, tales como: genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales que producen este desbalance energético. Cuando confluyen estos aspectos generan una especial influencia en segmentos vulnerables de la población, lo que se traduce en que la población infanto-juvenil sea más afectada por la malnutrición por exceso (13,36,37).

A continuación, se presentan los principales factores causales y las formas en que actúan para contribuir a la generación de malnutrición por exceso:

¹ AVISA: Indicador compuesto, que mide la pérdida de salud que se produce a raíz de una enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en años.

Factores genéticos: este factor podría ejercer su influencia en dos formas distintas. Investigaciones señalan la existencia de genes implicados en la generación de obesidad principalmente en la etapa infanto-juvenil. Así, se identificó el Gen Obeso (ob) ubicado en el cromosoma 7, que actúa en la síntesis de leptina, hormona producida por el tejido adiposo y que tiene efecto anorexígeno. En el caso de los obesos este Gen provoca una alteración en la codificación y síntesis de la hormona, generando una elevada resistencia hipotalámica a su acción anorexígena (38). Por otro lado, también existen estudios que han demostrado que las conductas alimentarias en gemelos monozigotos, presentan rasgos de similitud significativamente más altos que entre gemelos dizigotos. Esta evidencia indicaría que las conductas alimentarias serían heredables y por lo tanto también determinadas genéticamente (37).

Factores biológicos: existe una conjugación de mecanismos hormonales y neuroquímicos (hormona del crecimiento, leptina, neuropéptido Y, hormonas tiroideas, entre otras) que son responsables de regular la saciedad, el hambre, la lipogénesis y lipólisis. Alteraciones en su producción y acción estimulan el desarrollo de malnutrición por exceso (13,36).

Factores psicológicos: se ha estudiado la relación entre déficit en el área afectiva y desarrollo de malnutrición por exceso, donde se ha visto que los ambientes hostiles, especialmente familiares, han favorecido la búsqueda de fuentes de satisfacción sustitutiva en la comida (38, 42). Posteriormente, cuando ya se ha desarrollado la malnutrición por exceso, bajos niveles de autoeficacia hacen que los/as adolescentes sientan que las barreras para revertir su estado nutricional son mayores que sus capacidades de cambio, impidiéndoles visualizar y utilizar los recursos disponibles, lo que finalmente favorece que el sobrepeso u obesidad se mantenga incluso en etapas posteriores de la vida (43,44).

Factores socioculturales y ambientales: entre los aspectos sociales con mayor influencia en el estado nutricional de la población infanto-juvenil, se encuentran la condición económica y la escolaridad del grupo familiar, en ambos casos los

sectores deprivados son los más afectados por la malnutrición por exceso. Una mirada más específica a esta situación ha permitido evidenciar que estos aspectos además ejercen una influencia diferenciada y mucho mayor sobre las mujeres (36, 45). Por otro lado, las actividades sedentarias que caracterizan la vida moderna, como ver televisión, utilizar juegos de video y el uso masivo de los medios de transporte mecánicos, han disminuido considerablemente la actividad física de la población, lo que ha contribuido a generar el desbalance energético positivo a nivel nutricional (13,36). Estos contextos inclinados al elevado consumo de alimentos hipercalóricos y al sedentarismo ha sido denominados “*ambientes obesígenos*” y, constituyen uno de los principales determinantes del incremento en la prevalencia de la malnutrición por exceso (46,47).

Está ampliamente documentado que en los niños, hasta la etapa escolar, la influencia del ambiente obesígeno es ejercida por los progenitores (36,37,48). Sin embargo, en los adolescentes existe un distanciamiento afectivo de la familia, porque ellos otorgan gran importancia a su grupo de pares, provocando que su grupo de apoyo social se amplíe. En los/as adolescentes con malnutrición por exceso estas fuentes de apoyo pueden estar alteradas y ser las generadoras de la situación nutricional (49), influyendo además en las decisiones que puedan adoptar respecto a ella. En general se ha observado que presentan estilos decisionales más pasivos y tendencia a mantener sus conductas (50), lo que significa que el sobrepeso y obesidad continúa hasta la etapa de adulto/a, con todas las consecuencias para la salud que ya han sido señaladas.

1.6 Presentación del problema

En resumen, la malnutrición por exceso es un importante problema de salud pública, especialmente para los países en vías de desarrollo como Chile. Si bien está presente durante todo el ciclo vital, es durante la etapa infantil y principalmente durante la adolescencia, cuando el impacto sobre la salud de los afectados cobra mayor relevancia, generando un importante costo económico y social.

En Chile, se han desarrollado una serie de iniciativas para tratar de dar solución a esta problemática, sin embargo, no han dado los resultados esperados, y en la actualidad cerca del 40% de la población adolescente presenta malnutrición por exceso (7).

Según lo expuesto, se puede observar que la adolescencia es un momento crítico en el desarrollo de las personas, es aquí donde se consolidan las características físicas definitivas, existe preocupación por ser físicamente más atractivo/a, se establecen las primeras relaciones de pareja, y se refuerza la personalidad y la seguridad en si mismos (40,49,51). La malnutrición por exceso impacta negativamente en la instalación de estos procesos, lo que permite inferir que implementar estrategias preventivas, destinadas a fortalecer la toma de decisiones en salud para abordar la malnutrición por exceso, podrían resultar efectivas en esta época de la vida.

El MINSAL ha reconocido que el grupo de adolescentes, por considerarse una población “sana”, ha sido históricamente invisibilizado en las políticas de salud, situación que comenzó a revertirse con el establecimiento del “*Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes – 2012*”, también denominado “Control Joven Sano” (52). Si bien esta nueva iniciativa es un gran paso y contiene aspectos positivos como el desarrollo de consejerías, frente al fenómeno de la malnutrición por exceso es necesario que incorpore otros elementos como el apoyo a la toma de decisiones en salud, componente que parece fundamental para conseguir resultados significativos y permanentes.

En la actualidad, los/as adolescentes pueden consultar en forma espontánea en los Centros de Salud o ser controlados en sus establecimientos educacionales a través del “Control Joven Sano” y se sigue la siguiente secuencia de control (52, 53):

- Cuando los adolescentes son atendidos en cualquiera de las instancias señaladas, se debe realizar evaluación nutricional que incluye control de peso y talla, cálculo de IMC para establecer percentil de IMC ajustado por

edad y sexo, según tablas del Center for Disease Control según propone el MINSAL (en capítulo “Sujetos y Métodos” se detalla su aplicación), además debe contemplar una encuesta alimentaria que puede ser recordatorio de 24 horas o registro de ingesta de tres a cinco días incluyendo un día festivo (54).

- Se analizan los antecedentes para establecer un diagnóstico nutricional, en caso de ser normal o con riesgo de obesidad se debe entregar consejería alimentaria dirigida a mantener o disminuir (según estado nutricional), consumo de grasas de origen animal, aumentar consumo de lácteos, frutas, verduras y legumbres, citar para control habitual en dos años.
- Cuando el diagnóstico es bajo peso u obesidad se deriva a intervención nutricional adolescente (52) o al programa de salud cardiovascular (55) según manejo en el Centro de Salud correspondiente a su domicilio. En el caso de la malnutrición por exceso, es controlado por médico quien realiza evaluación y diagnóstico de patologías asociadas, indicando tratamiento de ser necesario. También es controlado por nutricionista, quien realiza encuesta alimentaria detallada, antropometría y medición de pliegues y entrega de dieta hipocalórica, con evaluación mensual por 4 meses. Además, contempla participación en actividades dirigidas por profesor de educación física si el establecimiento de salud cuenta con el recurso.

Además, los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes, deben considerar que ellos/as se caracterizan por tener una menor percepción de riesgo debido a la inmadurez de las estructuras corticales, especialmente a nivel prefrontal, zona que controla el razonamiento. Además, existe un aumento de conexiones neuronales y un refinamiento de las vías cerebrales, lo que intensifica su actitud impulsiva. Esto provoca que, en general, consideren menos aspectos para reflexionar durante sus procesos deliberativos (56). Comprender estos procesos neurocognitivos y emocionales que subyacen a la toma de decisión de los adolescentes, resultan indispensables a la hora de implementar intervenciones más efectivas (57).

Considerando los aspectos mencionados, revertir la malnutrición por exceso en los/as adolescentes debería comenzar por involucrarlos en la búsqueda de una solución. Antes de realizar una intervención directa sobre el fenómeno es indispensable que los/as adolescentes identifiquen la existencia de este problema y que lo reconozcan como un conflicto para su salud (56,57), de esta forma podrán desarrollar procesos decisionales que finalmente los/as conduzcan a tomar mejores decisiones respecto a su malnutrición por exceso.

Así, la intervención del profesional de salud debería iniciarse por apoyar y guiar a los/as adolescentes para que tomen la decisión de actuar frente a su malnutrición por exceso, para lo cual parece conveniente considerar tres aspectos básicos (58), que son la base de la propuesta planteada por el presente estudio:

- Que el/la adolescente logre determinar, en conjunto con el profesional, qué conocimientos necesita adquirir para tomar la decisión de superar el sobrepeso u obesidad, por ejemplo, cuáles son las alternativas existentes, sus consecuencias y las mejores formas de obtener este conocimiento.
- Que clarifiquen el valor otorgado a las diferentes opciones de acción, ya que dependiendo de lo que es importante para el/la adolescente, será la decisión final y la factibilidad de que se convierta en actividades concretas para mejorar su estado nutricional.
- Ayudar al adolescente a identificar las personas importantes que deben participar en su proceso de toma de decisión, ya sea porque necesitan su apoyo emocional o porque requieren de su contribución para generar el cambio.

Por todo lo expuesto, esta investigación parte del supuesto que adolescentes con más conocimientos, que tienen claro el valor de sus acciones y que están acompañados de personas significativas, tomarán mejores decisiones para revertir su malnutrición por exceso.

1.7 Justificación del estudio

Los resultados obtenidos a través de la presente investigación son relevantes desde distintas perspectivas, a saber:

Relevancia social: Aporte a la Salud Pública Nacional.

El desarrollo de este estudio contribuye al logro del tercer objetivo sanitario para la década 2010 – 2020, el cual es “Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población” (8). A través de una intervención de apoyo a la toma de decisiones en salud, aplicada en población adolescente, se pretende favorecer la reducción de la malnutrición por exceso y, junto con ello, estimular la disminución de uno de los principales factores de riesgo asociado a las enfermedades cardiovasculares, las cuales constituyen la primera causa de morbilidad en el país.

Esta investigación sintoniza, además, con el énfasis definido por el “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes” (52), ya que representa una nueva propuesta para que adolescentes especialmente vulnerables, por su condición de sobrepeso y obesidad, puedan mejorar integralmente su situación de salud.

La intervención planteada y puesta a prueba durante este proceso investigativo, responde desde enfermería a las recomendaciones de la OMS, respecto a desarrollar una educación sanitaria que de soporte al autocuidado, con una mayor participación de las personas en el control de sus situaciones de salud (59). Al mismo tiempo, considera la gran cantidad de variables que influyen en las decisiones para cambiar los estilos de vida, lo que ha incidido en el fracaso reportado por las personas en la mayoría de sus intentos (60), para lo cual dicha intervención contempla la posibilidad de apoyo multidisciplinario a los adolescentes, esto, porque se ha demostrado que estimular las capacidades de las personas desde distintas perspectivas, fortalece la manera en que se

establecen metas propias y les permite implementar conductas saludables con una adherencia temporal más prolongada (61).

Por lo expuesto, la información producida en esta investigación, aportará claridad respecto a nuevas acciones, recursos y trabajo en red con otras disciplinas, todos aspectos requeridos para orientar la forma en que los adolescentes toman decisiones frente al fenómeno de la malnutrición por exceso. Esto puede ser utilizado en la generación y perfeccionamiento de políticas públicas enfocadas a mejorar la salud y calidad de vida de la población adolescente, y con ello también la de los futuros adultos.

Relevancia disciplinar: Acercamiento de la teoría a la práctica.

La revisión bibliográfica realizada constata que, ésta investigación representa el primer estudio a nivel nacional, que considera los postulados del “Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa” (62), para proponer una intervención que aborde la problemática de la malnutrición por exceso en adolescentes, por lo que estos resultados proporcionan los primeros conocimientos específicos y detallados al respecto en Chile, permitiendo a partir de ellos, enriquecer el conocimiento disciplinar, respondiendo así, al objetivo que tiene Enfermería como disciplina fáctica.

La propuesta de la presente investigación, respecto a la utilización de un modelo conceptual propio de enfermería, para abordar esta problemática de particular importancia, representa la articulación entre componentes teóricos y su implementación en los sistemas de cuidados, aportes reconocidos como un sistema conceptual-teórico-empírico (63), que constituyen un acercamiento real entre las teorías de enfermería y la práctica que debemos ejercer.

La Toma de Decisiones en Salud es un fenómeno que se ha instalado en las últimas décadas, sin embargo, aún existe escasa evidencia empírica de su abordaje a nivel de la población infantil y adolescente (64), especialmente en Latinoamérica. Desarrollar esta investigación permitirá visualizar una nueva línea

de investigación que incorpore esta materia, generando conocimientos que pueden ser de utilidad tanto para establecer mejores estrategias de intervención, como para proponer nuevos elementos conceptuales al modelo teórico.

Relevancia profesional: Una nueva herramienta para la gestión del Cuidado.

La malnutrición por exceso se ha posicionado como una problemática sanitaria y social que requiere ser abordada por Enfermería. Esta investigación contribuye a orientar a la profesión desde los diferentes ámbitos de su desempeño:

En el ámbito Asistencial, se elaboró una intervención de salud concreta, que pretende contribuir con la disminución de uno de los problemas sanitarios de mayor prevalencia entre la población adolescente.

Esta propuesta, además, responde al llamado del Consejo Internacional de Enfermeras, quienes señalan la necesidad de una práctica de enfermería que considere la incorporación de los actuales entornos infocomunicacionales (65). Reconociendo la importancia de estos aspectos entre los adolescentes, esta investigación planteó la utilización de las redes sociales, como medio para realizar parte de las intervenciones, y así, ofrecer experiencias de cuidado más cercanas y apropiada a estos nuevos usuarios de salud.

Con todo lo anterior, la utilización de esta herramienta permitirá adquirir mayor autonomía profesional al utilizar un modelo propio y, aportar desde la gestión del cuidado a la solución de este fenómeno multifactorial.

En el ámbito de Gestión, orienta respecto al Recurso Humano necesario para intervenir en esta problemática, a través del aporte de los elementos necesarios para la elaboración de normas técnicas y administrativas. También es una guía respecto a las coordinaciones interdisciplinarias y sectoriales necesarias para abordar la temática, con lo cual es posible elaborar flujogramas de intervención y coordinación.

De esta misma forma, demuestra que es posible mejorar el costo-efectividad de las actividades de consejería del Programa de Salud del Adolescente, referente al manejo de la malnutrición por exceso.

En el ámbito de la Educación, esta investigación es un aporte directo en la generación de intervenciones educativas en toma de decisiones en salud, para enfrentar la malnutrición por exceso en adolescentes, ya que permitió la elaboración de material didáctico en la temática.

Respecto a la educación profesional de Enfermería, aporta la visión práctica de la teoría, mostrando cómo un modelo conceptual de la disciplina puede ser aplicado e incorporado en los planes curriculares de pre y postgrado.

En el ámbito de la Investigación, la información generada en esta experiencia, podría ser referente para investigadores que deseen intervenir en esta problemática, permitiendo replicar el estudio en otros contextos, en otras poblaciones e incluso en otros problemas de salud, fortaleciendo así la investigación de la disciplina, al utilizar un modelo conceptual propio de Enfermería.



2.1 Marco Teórico

2.1.1 Origen y fundamentos de la Toma de Decisiones en Salud

El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones en las que se deben tomar decisiones, ya sea para mantener la salud o para superar enfermedades. La forma en que estas decisiones se toman y como se resuelven las líneas de acción han variado con el tiempo, dependiendo de los distintos constructos éticos que han sustentado las relaciones establecidas entre los profesionales de la salud y los usuarios.

En los inicios de la medicina, la escuela hipocrática dictaba que la enfermedad era un desorden interno de las personas, y que el médico era el único profesional capacitado para poner en orden ese cuerpo. En esa época, la ética médica se guiaba por el modelo paternalista, donde el paciente era considerado incapaz de saber lo que le convenía y solo debía cumplir las órdenes que el profesional experto estimaba oportunas (66,67). En este contexto nace la enfermería profesional y se acopla al modelo imperante con una actitud “maternalista”. Así, ambos profesionales actuaban como padres que buscan el bienestar de su paciente-hijo, guiando sus comportamientos, pero sin consultarle su opinión al respecto (66).

Este modelo de relación usuario –profesional predominó en la historia de los servicios de salud en el mundo occidental y fue solo hasta después de la segunda guerra mundial donde se incorporaron normas éticas que comenzaron a modificar estos comportamientos (66).

Especialmente, desde la década de 1970, movimientos sociológicos han influenciado la instalación de un nuevo paradigma más inclusivo y recíproco. En las disciplinas de la salud, este paradigma, ha estimulado un mayor énfasis en los constructos éticos de autonomía, beneficencia y justicia para implementar los cuidados (68). De modo que, respecto a tomar decisiones en salud, se defiende la

autonomía moral de las personas, considerando al paciente como alguien con derecho a decidir sobre su propia salud (66).

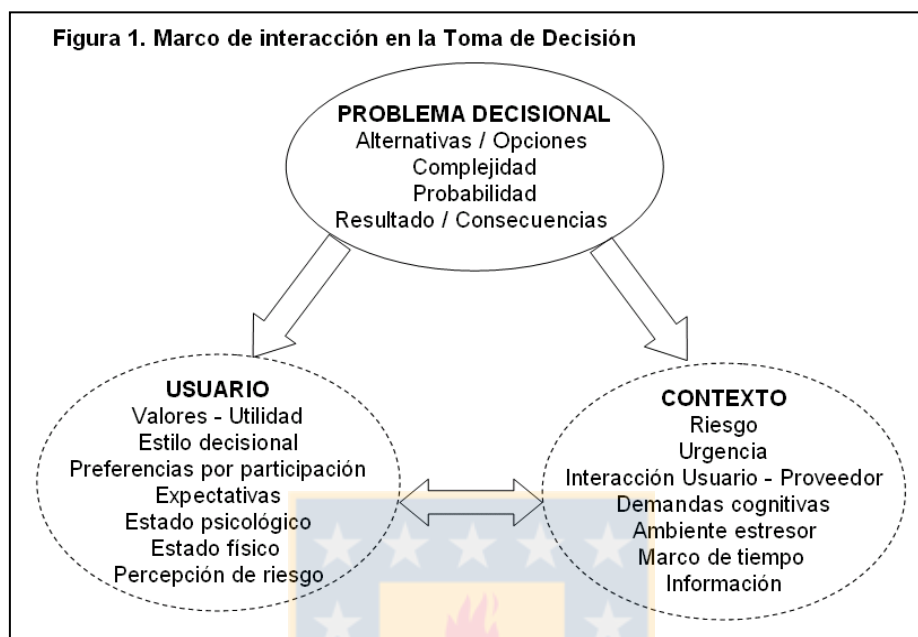
Desde esta perspectiva, la OMS, en 1978, declara que: “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (69), confirmando una forma de relación usuario – profesional de mayor colaboración para tomar decisiones en salud. Así, se observa un especial interés en la temática de la toma de decisiones en salud, sobretodo por el empoderamiento que han desarrollado los usuarios para decidir sobre su propio cuerpo. Actualmente, dos eventos están dando respuesta a esta situación: el primero es un desplazamiento desde el enfoque del consentimiento informado pasivo a una elección informada; el segundo, es la construcción de modelos que intentan explicar el fenómeno (70,71).

2.1.2 Modelo conceptual para la Toma de Decisiones en Salud

Tomar una decisión implica un proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde las personas seleccionan aquella alternativa que perciben como la más efectiva para lograr los resultados esperados y evitar aquellos no deseados (60). En el ámbito sanitario, esto puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre los riesgos y los beneficios (70).

Expertos han señalado que la toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada (68,71-73). La figura 1 muestra un modelo de interacción, donde el problema decisional se presenta con características propias como las diferentes alternativas existentes, la complejidad, los resultados y consecuencias entre las cuales se debe elegir. Además, se puede observar que este problema también dependerá de los aspectos inherentes al usuario (estado físico, psicológico, valores, expectativas, etc.) y los relacionados con el contexto (urgencia, tiempo, información, etc.) (68). La interacción de estos elementos y sus

características influirán en el desarrollo del proceso deliberativo y en la decisión final.



Fuente: Traducción propia desde Pierce P, Hicks F, 2001 (68). Ver Original en Anexo A.

Se puede observar entonces, que el problema decisonal va a estar condicionado tanto por las particularidades del usuario como por las del contexto donde se desarrolla la toma de decison en salud. También es importante tener en cuenta que las características del usuario y del contexto se afectan mutuamente y, por lo tanto, se debe considerar el efecto de esta interacción sobre la decison final.

La literatura ofrece varios conceptos para definir la toma de decisones en salud, aún cuando se ha consensado que existen por lo menos cuatro elementos básicos que se deben incluir para entender el fenómeno (68,74), ellos son:

1. **Las opciones o alternativas iniciales:** es importante que los usuarios analicen cada una de estas alternativas, para ello necesitan no solo comprenderlas, sino también conocer sus implicancias y resultados esperados (62,68). La interacción entre el profesional de salud y el usuario es crucial en este proceso, e incluso algunos investigadores señalan que debe ser realizado por un equipo interprofesional (71).

Estos procesos no están exentos de dificultades, por ejemplo: los usuarios pueden considerar que la información proporcionada por los profesionales de la salud es confusa y difícil de entender, por lo tanto, no les permite participar efectivamente en la toma de decisiones (75), o se produce el fenómeno conocido como “*efecto de formulación*”, donde la información es presentada de tal forma que influye en el proceso decisonal y, finalmente, el usuario opta por la alternativa preferida por los profesionales (66,76).

Los profesionales deben evitar estas situaciones, entregando a los usuarios la información que le permita considerar completamente las opciones. Para ello, muchas veces se requiere adaptar tanto el lenguaje como las estrategias de información para cada caso particular.

2. **Los valores y utilidades de los resultados:** estos expresan la forma de medir el atractivo que puede tener una determinada opción para el usuario, habitualmente está determinado por el valor relativo que se otorga a cada uno de los potenciales resultados (68).

La evaluación de valores es una medida subjetiva, que refleja la “simpatía” del usuario por una determinada alternativa. Esta inclinación se basa fundamentalmente en lo que ellos creen importante para ellos mismos o su familia (68,74), por lo tanto, clarificar estos valores puede ayudar a los usuarios a determinar qué atributos de las posibles opciones son más significativos o importantes para ellos, aspectos que les pueden orientar a decidirse por una de las alternativas.

3. **La incertidumbre:** surge de las probabilidades de riesgos y beneficios de las opciones (62). Las probabilidades pueden ser objetivas, determinadas por datos estadísticos fiables, obtenidos en investigaciones realizadas a las diversas alternativas; o subjetivas, representadas por las creencias y valores personales de los usuarios (62,68). Así, la incertidumbre se traduce en un “*conflicto decisonal*” para los usuarios, especialmente cuando las diferentes alternativas presentan, conjuntamente, probabilidades de riesgos y beneficios o cuando la elección no es consistente con sus valores. Estas situaciones

ocasionan que el usuario presente dificultad para decidir cual es el mejor curso de acción a seguir (74,76,77).

4. **Resultados o posibles consecuencias:** la finalidad del proceso decisional es tomar una decisión para conseguir el mejor resultado posible. Esto puede provocar una sobrecarga cognitiva y psicológica en el usuario. Para contrarrestar estas sobrecargas, el apoyo del profesional de salud consistirá en indagar y considerar el “estilo de decisión” de la persona asesorada, ya que podría afectarla en dos sentidos: respecto de la forma en que asimila la información y respecto del nivel en que desea implicarse en el proceso decisional. Ambas situaciones pueden agravar la sobrecarga y generar sentimientos de arrepentimiento con la decisión tomada y, por consecuencia, contribuir a mantener el conflicto decisional (68,77).

Tomar decisiones en salud se ha ido convirtiendo en un proceso informado y compartido entre profesionales y usuarios, con una serie de aspectos que se relacionan formando una red de interdependencia y abordables desde distintas perspectivas. En la actualidad existen algunos elementos que han sido definidos, sin embargo, aún no existe un marco conceptual unificado que sintetice todos los aspectos teóricos.

En el año 2010, investigadores canadienses informaron de una revisión sistemática de literatura especializada (71), en ella se dio cuenta de 15 modelos de toma de decisiones salud, elaborados durante las décadas de 1990 y 2000, en solo 3 países: Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Participaron en su construcción profesionales médicos, enfermeras, un sociólogo y un experto en comunicaciones. Todos estos modelos concluyen que la toma de decisiones es un fenómeno que se resuelve de forma compartida entre profesionales y usuarios, pero solo uno de ellos proporciona herramientas de intervención que facilitan la implementación del modelo de toma de decisiones en salud en la práctica. Este es el “*Modelo Conceptual de Ottawa*” que, desde 1998, ha sido utilizado en una variedad de situaciones clínicas.

2.1.3 Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa

Se trata de un referencial teórico creado por la enfermera canadiense Annette O'Connor (71), apunta a empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos de salud, con una especial preocupación por que incorporen sus valores, alcancen expectativas realistas y decidan la alternativa que mejor se adapte a su situación (62,67). Se centra en valorar las necesidades decisionales de los usuarios y en establecer las intervenciones para responder a esas necesidades (62).

Este modelo está sustentado en tres teorías: expectativas de valor, conflicto decisional y apoyo social (77). A continuación, se señalan los aspectos más relevantes de cada una de ellas:

El Modelo de expectativas de valor: ha sido atribuido al psicólogo estadounidense Martin Fishbein, quien durante la década del 60 presentó la propuesta más completa al respecto. Su modelo teórico sostiene que las actitudes de las personas hacia un objeto, están determinadas por valores subjetivos o evaluaciones de los atributos asociados con el objeto. Así, aplicando esta teoría a situaciones concretas, señala que el comportamiento de las personas se desarrolla en función de las expectativas que se tienen y del valor otorgado a la meta final establecida (78).

Este enfoque indica que la actitud de un individuo hacia la realización de un comportamiento estará determinada por la fuerza de sus creencias y la evaluación de los resultados. Además, predice que, cuando existe más de un comportamiento posible, el comportamiento elegido será el que tiene el valor más alto y la mayor combinación de éxito esperado (78).

Conflicto decisional: se caracteriza por la dificultad para identificar la mejor alternativa a seguir, debido a los riesgos desconocidos, la necesidad de valorar las ganancias potenciales versus las pérdidas potenciales y por el arrepentimiento anticipado de los aspectos positivos de las opciones que fueron rechazadas (62,79).

El conflicto decisional ha sido reconocido como un diagnóstico de enfermería, y a inicios de los años 90 fue incorporado por la Asociación Americana de Enfermería (ANA) y posteriormente por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), definiéndose como la “incertidumbre sobre el curso de acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores personales” (80,81).

El Apoyo social: se refiere a diversas situaciones que involucran interacciones de apoyo. Una de las definiciones más utilizadas indica que es “una transacción interpersonal que incluye soporte emocional o afecto, información o asesoramiento, ayuda instrumental o física, evaluación y apoyo o afirmación” (82).

Los sistemas que brindan apoyo social han sido utilizados por los sectores que requieren ser sensibles a las necesidades de las personas que están bajo estrés, especialmente en las ciencias de la salud y del comportamiento (83). En enfermería, desde 1980, se reconoce el apoyo social como un determinante ambiental que influye en la salud y bienestar de las personas y familias, generando un aumento de la autoestima y sentido de dominio situacional, lo que ha permitido al usuario proteger y mantener su identidad (82,83).

Basado en las teorías presentadas, el modelo de Ottawa explora todo el proceso de tomar una decisión en salud. Comienza por identificar las necesidades decisionales, sigue con una fase donde se determina el apoyo decisional basado en las necesidades del usuario y finaliza por evaluar la calidad de la decisión tomada (77).

O'Connor define tomar una decisión como “un proceso de optar entre cursos alternativos de acción, incluyendo no hacer nada” (79). Generalmente, la opción escogida es aquella que se percibe como la más efectiva para lograr los resultados deseados, sin embargo, en salud muchas veces las alternativas pueden producir simultáneamente resultados deseados y no deseados, lo que provoca un conflicto decisional (62).

Las formas en que se manifiesta un conflicto decisional varían de un individuo a otro y entre diferentes tipos de decisión, pero las más comunes son: verbalizar la incertidumbre acerca de las opciones, verbalizar preocupación acerca de los resultados no deseados, vacilar entre las opciones, posponer la decisión, preguntarse acerca de los valores personales, preocuparse con la decisión y presentar signos y síntomas de angustia y tensión. Estas manifestaciones pueden ser más frecuentes entre las personas que empiezan a considerar las opciones y tiende a disminuir después que la decisión ha sido tomada (62,67,79).

Por otro lado, se han identificado factores que van a contribuir en la generación de conflicto decisional y, emergen de dos fuentes (62,79,80):

1. De las dificultades inherentes de la propia elección, cuando existen ventajas y desventajas potenciales.

2. De factores externos, los que hacen aún más difícil la decisión. Entre estos se distinguen:

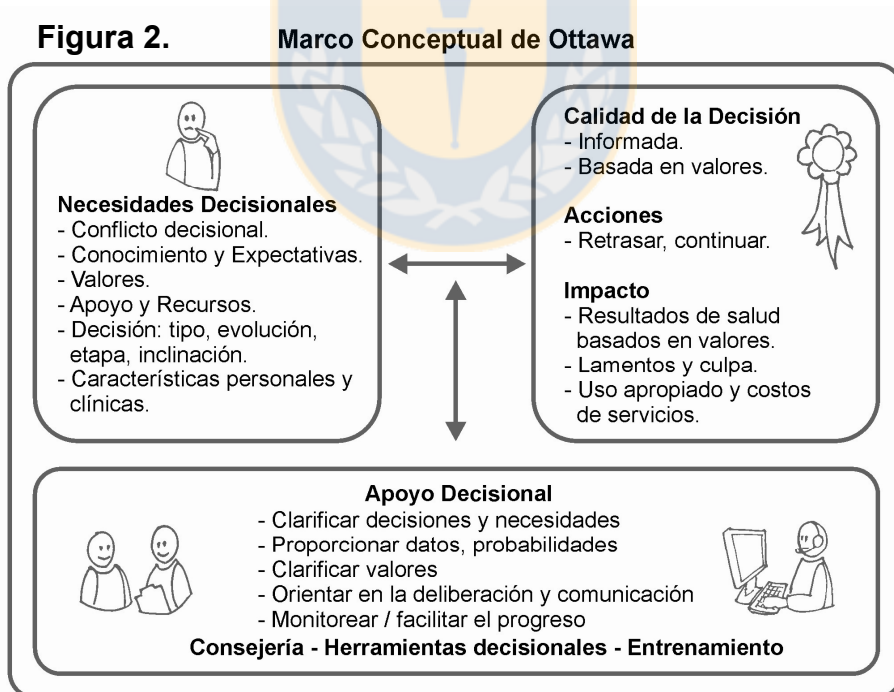
- falta de conocimiento de las opciones y de sus potenciales resultados.
- expectativas o percepciones no realistas acerca de los probables resultados, como exagerar o minimizar las probabilidades de los resultados.
- poca claridad de los valores o importancia personal otorgada a obtener determinados resultados.
- percepciones poco claras de otros involucrados en la decisión, incluyendo sus opiniones y conductas.
- presión social para escoger una opción.
- falta de apoyos personales.
- falta de habilidades o seguridad en si mismos.
- y falta de recursos del entorno.

Expertos en la materia han señalado que los factores externos son modificables a través de intervenciones que incorporen asesoría personalizada o consejerías (62).

2.1.4 Marco conceptual de Ottawa.

Este marco conceptual se aplica a todos los participantes implicados en la toma de decisión, incluyendo al usuario, su familia y los profesionales de salud. En su estructura se pueden identificar tres elementos claves: la necesidad decisional, la calidad de la decisión y el apoyo decisional (62).

La figura 2 muestra cómo las necesidades decisionales y sus características, influirán en la calidad de la decisión, ésta afectará las acciones que se realicen, las que a su vez impactarán en los resultados de salud, emociones del usuario y el apropiado uso y costos de los servicios de salud. Entonces, es aquí donde el apoyo decisional, a través de consejería, entrenamiento u otras herramientas decisionales, interviene en la clarificación de necesidades y valores, entregando datos y probabilidades, orientando en la deliberación y facilitando el progreso hacia la acción, lo que impactará positivamente sobre la calidad de la decisión final, respondiendo así a las necesidades de los usuarios (62).



Fuente: Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V, 2014 (58).

El funcionamiento de esta estructura conceptual depende de cómo se desarrolle el “Proceso de Apoyo Decisional”, el cual tiene básicamente 4 etapas (62):

1. Valoración de las necesidades decisionales

Las necesidades decisionales corresponden a las deficiencias que deben ser compensadas para asegurar que los usuarios tomen una buena decisión. Se implementa en dos subetapas.

- Valoración General: orientada a identificar y clarificar el problema decisional, la existencia de una predisposición hacia una determinada opción, determinar el tiempo disponible para tomar la decisión y la etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el usuario (ver Tabla 3), ya que influirá en la receptividad para discutir la decisión y la nueva información (62).

Tabla 3. Etapas del proceso decisional

Etapas	Características
1.	No pensar acerca de las opciones.
2.	Pensando acerca de las opciones.
3.	Cercano a seleccionar una opción.
4.	Dando pasos para implementar una opción.
5.	Ya se ha hecho la elección.

Fuente: Traducción y adaptación propia desde O'Connor y Jacobsen, 2007 (62).

- Valoración Específica: dirigida a determinar la existencia de conflicto decisional y a identificar los factores que pueden incidir en la toma de decisión, como el conocimiento acerca de las opciones, el valor otorgado a las opciones y la participación de otros en el proceso de toma de decisión (74). Otro aspecto a indagar son las características demográficas y clínicas del usuario, ya que ellas van a incidir en la participación que el usuario quiera asumir en el proceso de decisión compartida, lo que debe ser considerado para diseñar el apoyo decisional (62,84).

2. Proporcionar apoyo decisional.

Se entiende por apoyo decisional a una “serie de intervenciones diseñadas para ayudar a las personas a tomar una decisión específica y deliberar entre

las opciones (incluyendo no hacer nada), para proporcionar (como mínimo) información sobre las opciones y resultados relevantes para la salud del usuario” (72).

Incluye preparar al usuario y al profesional para la toma de decisión y estructurar el seguimiento. Se diseñan estrategias para intervenir sobre el conflicto decisional existente, y debe contemplar:

- Diseño del apoyo decisional de acuerdo a la receptividad del usuario: las estrategias de intervención se deben adaptar dependiendo de la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el usuario, como lo muestra la tabla 4 (62).

Tabla 4. Adaptación del apoyo decisional según etapas del proceso decisional.

Etapa del proceso Decisional	Conflicto Decisional	Receptividad del usuario
No pensar acerca de las opciones	Puede existir alto grado de conflicto.	No siempre están dispuestos a discutir las opciones, se debe preguntar.
Pensando acerca de las opciones	Usualmente el grado de conflicto es el más alto.	Es más receptivo al apoyo decisional.
Cercano a seleccionar una opción.	El conflicto disminuye.	Algunos usuarios desean revisar sus opciones. Se debe evaluar si la elección es informada y basada en los valores del usuario.
Dando pasos para implementar una opción.	Bajo nivel de conflicto.	Se ha elegido el curso de acción, a veces están interesados en reconsiderar las opciones.
Ya se ha hecho la elección	Usualmente existe bajo conflicto.	Si es una elección reversible, puede querer revisar las opciones con la variación de signos y síntomas.

Fuente: Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V, 2014 (58).

- Diseño del apoyo decisional de acuerdo a las características del usuario: las intervenciones deben considerar sus características personales y clínicas. Además, debe ser flexible al grado de participación que el usuario desea tener en la toma de decisión (67,68), para lo cual es necesario identificar el perfil del usuario respecto al “*control decisional*”, el que puede ser: activo, colaborativo o pasivo (85).

- Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados: se deben presentar todas las opciones viables, los potenciales beneficios y daños, los resultados esperados en cada opción. La información puede ser entregada por un profesional, por escrito o a través de multimedios, y la forma de entregar esta información debe ser apropiada a las necesidades de cada usuario, es esencial finalizar con la verificación de su comprensión (62,86).
- Realineación de expectativas: se desarrolla cuando las probabilidades percibidas por el usuario no concuerdan con los pro y los contra existentes para su situación. Para ello se debe entregar la información de probabilidades de los resultados de manera que la persona pueda imaginárselas e identificarse con la situación (62,86).
- Clarificación de valores: el usuario debe comprender cómo el resultado de cada opción lo afectará física, emocional y socialmente. De tal manera que tenga la oportunidad de juzgar que es lo que más les importa tanto de los riesgos como de los beneficios. Puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas que tienen diferentes valores y que toman diferentes decisiones (62,74,86).
- Presiones sociales: se debe iniciar evaluando lo percibido por el usuario, centrándose en las personas que son realmente significativas y en aquellos aspectos que son importantes en la decisión que se está tomando, posteriormente se debe afrontar las fuentes relevantes de presión invitándolos a participar de las discusiones deliberativas con el apoyo de un mediador (62).
- Afrontar la falta de habilidades, apoyo o recursos: el profesional de salud debe ayudar al usuario a acceder y adquirir aquellos aspectos faltantes. En algunos casos el usuario debe ser derivado a otros profesionales de la salud, grupos de apoyo, servicios voluntarios, u otros (62,77,86).

En general, un apoyo decisional bien implementado tiende a disminuir la incertidumbre, potenciando una participación más activa del usuario e incrementando la toma de decisiones efectivas (72,74,77).

3. Facilitar el progreso en las etapas del proceso de toma de decisión

Se refiere a ir estableciendo acuerdos respecto de la elección de opciones con el usuario y realizar compromisos para dar pasos hacia su implementación. Además, realizar las coordinaciones para derivar a otros profesionales de ser necesario (62).

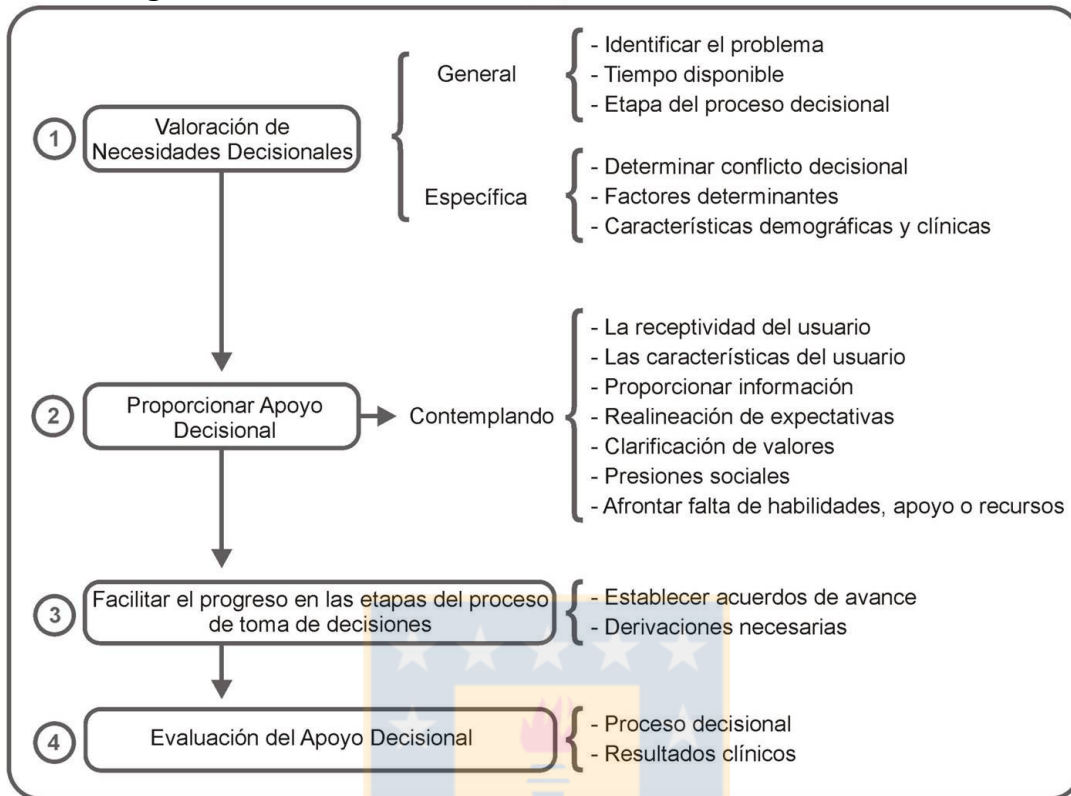
4. Evaluación del apoyo decisional

Este marco conceptual establece que la evaluación debe dirigirse a dos áreas: al proceso decisional y a los resultados clínicos (67).

- Respecto del proceso decisional, considera que una buena decisión es aquella que el usuario realiza en forma informada, consistente con sus valores personales, sobre expectativas realistas, son llevadas a cabo y concluyen con la expresión de satisfacción de los participantes.
- En relación con los resultados clínicos, se espera que sean favorables, sin embargo, reconoce que pueden ser variables debido a la incertidumbre científica, o al equilibrio entre riesgos y beneficios, por lo que es posible que buenas decisiones igual puedan llevar a malos resultados clínicos (62,77). Otros autores (87,88) difieren con esta última premisa, indicando que las medidas subjetivas de evaluación en la toma de decisiones, deben acompañarse de la medición de algunas características objetivas de efecto clínico, situación que ha sido poco abordada por las investigaciones hasta ahora.

A continuación, se presenta una representación esquemática que resume el proceso de apoyo decisional planteado por el Modelo conceptual de toma de decisiones en salud de Ottawa:

Figura 3. Proceso de Apoyo Decisional



Fuente: Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V, 2014 (58).

Este modelo conceptual puede ser aplicado a distintos contextos decisionales, en la tabla 5 se presenta una clasificación de los tipos de decisiones que podrían generar conflicto decisional y sus categorías (62,80):

Tabla 5. Decisiones que generan conflicto decisional

Tipo de decisión	Categorías
Situacionales	Personal
	Trabajo / Tareas
	Educación
Evolutivas	Adolescente
	Adulto Joven / Medio
	Adulto Mayor
Relacionado con tratamientos	Diagnóstico / Exámenes
	Tratamiento Médico
	Tratamiento Quirúrgico
Cambios en estilos de vida	Nutrición
	Ejercicio
	Manejo del estrés
	Uso de alcohol y tabaco
Necesidad de orientación	Dónde acudir
	Cuándo acudir
	Con quién solicitar atención

Fuente: Traducción propia desde Carpenito, 2010 (80).

La presente investigación se ha propuesto utilizar el marco conceptual de Ottawa, para elaborar una intervención que apoye los procesos deliberativos requeridos para tomar decisiones respecto a cambios en los estilos de vida, y aplicarlos en adolescentes con malnutrición por exceso.

A través de una serie de consejerías se pretende que los adolescentes puedan reflexionar y tomar mejores decisiones sobre su salud. Para lo cual contempla:

- orientación para que se examinar las ventajas y desventajas que representa en su vida la malnutrición por exceso.
- permitirle identificar qué requiere para tomar la mejor decisión en relación a su estado nutricional.
- entregar información respecto a las alternativas y recomendaciones existentes para el manejo de esta problemática de salud.
- proporcionar acceso a recursos humanos, materiales y experienciales que le aporten herramientas para llegar a implementar, si esa es la decisión, las medidas seleccionadas.

Para finalmente evaluar el efecto del apoyo decisonal otorgado, tanto sobre el proceso decisonal como en el estado nutricional de los adolescentes.

2.1.5 Características de la toma de decisiones en los adolescentes

Durante la adolescencia se desarrolla gradualmente la competencia para involucrarse y asumir mayores responsabilidades frente a la toma de decisiones. Este fenómeno implica, por un lado, que los padres cedan la responsabilidad de estas funciones, y por otro, que los adolescentes aumenten su autonomía en este proceso (89).

Esta situación también se ha extendido al ámbito sanitario, donde se ha señalado la importancia de aumentar la participación de los niños y adolescentes en las decisiones respecto a su salud. Así lo estipula, por ejemplo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la Convención sobre los Derechos del Niño, redactada en 1989 (90) y ratificada por Chile en 1990 (91).

Lo planteado por la ONU, está sustentado en el reconocimiento de los principios éticos de autonomía y autodeterminación tanto en niños como en adultos. Esto enfatiza el derecho que tienen los menores a la información y participación en las decisiones de salud, acorde a su edad y madurez (64,92). Expertos señalan que poner en práctica estos principios, facilitaría la comunicación entre profesionales y usuarios/as, mejorando las acciones de cuidado, especialmente, entre los adolescentes (64); lo que permitiría el establecimiento de conductas más saludables para el resto de sus vidas (93).

Además de reconocer la relevancia de la temática, los profesionales de la salud necesitan comprender los procesos de maduración cerebral que influyen en la toma de decisiones en los adolescentes, estos resultan ser indispensables a la hora de implementar intervenciones más eficientes y efectivas (94). A continuación, se exponen los dos aspectos más relevantes:

- En primer término, estudios imaginológicos (92,94,95) han comprobado una maduración tardía de la corteza prefrontal, lo que influye en las funciones ejecutivas desarrolladas por los adolescentes. Esto se traduce en una lenta evolución del control de impulsos (94), una limitada capacidad para evaluar riesgos y para determinar consecuencias a largo plazo (92). Por esta razón, es frecuente que perciban erróneamente que no son susceptibles a ciertos riesgos o tiendan a subestimarlos (93), además se relaciona con la preferencia por comportamientos que les proporcionen gratificación inmediata, incluso cuando puedan tener consecuencias negativas a futuro (57,94).

Para hacer frente a estos desafíos evolutivos y, que los adolescentes puedan realizar elecciones apoyando efectivamente sus intereses a largo plazo (particularmente en salud), deben aprender a desarrollar su capacidad para no elegir impulsivamente, considerando los costos versus beneficios de las opciones a las que se enfrentan, a fin de que logren prever las consecuencias de sus futuras decisiones (57,92-95). En general, estos procesos analíticos, aunque complejos, pueden ser realizados por los adolescentes, no obstante, requieren un tiempo mayor que los adultos para llevarlos a cabo,

investigaciones han demostrado que según el nivel de complejidad puede llevarles entre un tercio o cuatro veces más de tiempo el analizar situaciones similares (96).

- Un segundo aspecto a considerar es que las decisiones tomadas por los adolescentes están fuertemente modulada por factores emocionales y sociales (94). Por ello, cuando perciben un comportamiento como normativo dentro de su grupo, asumirán el uso de este determinado comportamiento, siguiendo su afán de normalidad y pertenencia (56).

Bajo esta perspectiva, muchas de las decisiones tomadas dependerán de la situación particular en la que se encuentre el adolescente y, por lo tanto, bajo condiciones ideales serán capaces de tomar decisiones racionales para lograr los objetivos que se propongan (57).

Especialistas señalan que desarrollar nuevas intervenciones que consideren estas características de la toma de decisiones entre los adolescentes, pueden resultar más eficaces y duraderas (57,94). Dichas intervenciones deben, básicamente, apoyar a los adolescentes en la deliberación de ponderación entre riesgos y beneficios (57) y, ser implementadas en contextos emocionalmente estimulantes (93,94), otorgando el tiempo necesario para que puedan realizar este proceso de análisis con tranquilidad (96).

Atendiendo a los antecedentes señalados, el presente estudio, se ha propuesto utilizar el Modelo conceptual de Ottawa, ya que parece responder a estas exigencias. El aporte que realiza en términos de orientar una intervención que resguarde el derecho que tienen los adolescentes para decidir sobre su salud, posibilita una interacción más efectiva, de mayor horizontalidad y de acuerdo a las necesidades de estos usuarios (58), otorgándole así, la oportunidad de una participación activa, a esta población habitualmente inexperta en desarrollar procesos decisionales, pero altamente interesada en opinar sobre ellos.

2.1.6 Factores que influyen en la toma de decisión

Existen factores personales, conductuales y situacionales que han demostrado su influencia sobre el funcionamiento de las personas y en especial sobre los/as adolescentes, estos podrían afectar positiva o negativamente su capacidad de autorregulación y de reflexión frente a diversas situaciones (97), es decir podrían influir sobre su capacidad de tomar decisiones. A continuación, se presentan los factores más importantes considerados en esta investigación:

- **Autoeficacia**

Uno de los factores personales con mayor influencia sobre el comportamiento de los individuos, su funcionamiento y bienestar general es la autoeficacia (98). Este constructo fue propuesto, a finales de la década del '70, por el psicólogo Albet Bandura y se refiere a los “juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (99).

En salud, la autoeficacia es considerado un determinante para mantener conductas saludables o para implementar cambios cuando una persona requiere mejorar su salud (100), Así, numerosas investigaciones han revelado que las personas con altos niveles de autoeficacia percibida tienen mayores probabilidades de iniciar cuidados preventivos, buscar tempranamente tratamientos y ser más optimistas frente la eficacia de los potenciales resultados (98).

La percepción de autoeficacia es producto de diversas fuentes: la persuasión social, la experiencia propia, la experiencia vicaria (experiencia transmitida por otros) y el estado fisiológico y afectivo. Estas fuentes generan distintas percepciones de autoeficacia que a su vez actúan a través de diversos procesos, a saber (99):

- Cognitivos, como es imaginar metas.
- Motivacionales, como anticipar posibles resultados.
- Afectivos, como el control de pensamientos negativos.

- E incluso en la selección de procesos, como el acercamiento o la evitación de determinadas situaciones.

Entonces, la autoeficacia actuaría como un elemento clave en la competencia humana, determinando, en gran medida, la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas ante las dificultades, así como los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas (99,101). Además, influye en la reducción de los sentimientos negativos como el miedo y la práctica de comportamientos inhibitorios (102), aspectos necesarios para afrontar una situación decisional.

En los/as niños/as y adolescentes, la autoeficacia ha demostrado su influencia en distintas áreas de desarrollo, así por ejemplo, se ha documentado como un elevado nivel en la percepción de autoeficacia, aumenta el rendimiento académico, disminuye las alteraciones emocionales, al mismo tiempo que mejora las conductas saludables en el cuidado físico, la prevención de conductas de riesgo y la mayor tolerancia al fracaso, así como también actúa en el descenso de conductas antisociales (101,103). Según lo anterior, la autoeficacia en esta etapa de vida, puede evidenciarse en variados ámbitos, entre ellos el rendimiento académico es un elemento de fácil acceso y que puede resultar orientador respecto de la autopercepción de competencia durante la vida escolar (101).

Por lo expuesto, la autoeficacia de cada persona debe ser considerada en el ámbito sanitario para promover la salud, prevenir enfermedades, adaptarse a nuevos estados de salud y sobre todo para llevar a cabo conductas para recuperar y mantener la salud (97).

- **Apoyo Social**

El apoyo social es un reconocido factor situacional, hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros (familia, amigos, pareja, vecinos, instituciones, comunidad, etc) (104,105).

Este concepto está constituido por tres dimensiones (106):

- a) Apoyo instrumental, referido al soporte material o de servicios.
- b) Apoyo cognitivo, relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno.
- c) Apoyo emocional, entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, reconocimiento y escucha, estimulando la autoestima y el desempeño de las personas.

Por sus características, el apoyo social también es considerado un factor determinante en la salud de los individuos (107). Se han documentado los efectos protectores directos que tendría sobre la salud y el bienestar de las personas, así también sus alcances como amortiguador de procesos patológicos o de malestar (108). Ahora bien, en la adolescencia las estructuras de apoyo social experimentan cambios significativos, donde la importancia se mueve desde la familia hacia los pares y amigos, cuando estas dos fuentes de soporte tienen visiones contrapuestas, se puede producir inestabilidad en las percepciones de apoyo y en su influencia sobre la salud de los/as adolescentes (104,109).

Las diferencias en las percepciones de apoyo social por parte de los/as adolescentes han sido mostradas por distintas investigaciones. Así, por ejemplo, la importancia otorgada al apoyo familiar versus el apoyo de los pares, presenta inclinaciones diferenciadas dependiendo de la cultura en que viva el/la adolescente (110). También la edad es un factor que influye en esta percepción, en general, al avanzar la adolescencia disminuye la valoración del apoyo otorgado por los padres y se incrementa la relevancia otorgada a las relaciones con los iguales (111).

Otro aspecto importante a destacar es el efecto que tienen las diferentes redes de apoyo sobre la salud de los/as adolescentes. Al respecto, se ha establecido que altas percepciones de apoyo familiar, actúan como factor protector frente a conductas de riesgo y la salud mental (111,112). Además, aportaría mayores

competencias sociales, para que los/as adolescentes establezcan relaciones con otros y puedan enfrentar mejor las presiones del entorno (111).

Por su parte, el apoyo social percibido del grupo de amigos, especialmente con los que establecen una relación más estrecha, ha mostrado influencias divergentes para los adolescentes. En algunos casos, ha demostrado ser factor de riesgo para la iniciación y mantención de las conductas de riesgo (104,105). En otras ocasiones, ha sido reconocido como factor protector, por ejemplo, en actividades de promoción de la salud física y mental (113,114). Esto indica que las características del grupo determinan el comportamiento positivo o negativo de este factor, aunque deja clara la influencia que ejerce sobre los/as adolescentes.

Los aspectos analizados, establecen la evidente relación entre el apoyo social y la salud de los adolescentes y exige que sea considerado al realizar intervenciones de salud con las personas en general y en los adolescentes en particular.

Por otra parte, es importante considerar que el principal espacio de socialización de los/as niños y adolescentes son los establecimientos educacionales, y las experiencias vividas en este entorno moldean el desarrollo de sus características psicosociales para el resto de la vida (115). Al respecto, las experiencias de bullying, entendido como acoso escolar, abuso de autoridad, matonaje u hostigamiento (116), afectan a los involucrados, especialmente a la víctima (117). Con la finalidad de focalizar esfuerzos para apoyar a los/as estudiantes que vivencian experiencias como ésta, se han caracterizado los/as niños y adolescentes víctimas de bullying, ellos/as en otros aspectos, perciben un bajo apoyo social tanto familiar como de su grupo de pares, al igual que una baja autoeficacia, lo que mantenido en el tiempo se transforma en un círculo vicioso que es difícil de romper (115-117). Atender estas experiencias referidas por los/as adolescentes, puede aportar antecedentes relevantes de considerar durante los procesos deliberativos.

En general, estos factores fueron considerados en esta investigación, inicialmente para la evaluación basal, comparado las características de los/as participantes del

grupo intervención y grupo control, ya que podrían actuar como potentes variables intervinientes y, posteriormente se consideraron en la consejería de apoyo decisional en salud propuesta.

2.2 Marco Empírico

Para esta investigación se realizó un amplio levantamiento bibliográfico, entre abril y junio de 2015, en diversas bases de datos que incluyeron Web of Science, Science direct, Pubmed, Medline, LiLaCS, Scopus, SciELO, Cuiden y el buscador biosemántico Journal/Name Author Estimator (JANE).

La información obtenida se presenta en dos partes, una orientada a la toma de decisiones en salud en adolescentes y experiencias en toma de decisiones a nivel nacional y, la otra a las intervenciones para disminuir la malnutrición por exceso en esta misma población.

2.2.1 Toma de decisiones en salud en adolescentes

Por ser un fenómeno relativamente reciente, no se limitó el tiempo de la búsqueda, se utilizaron los descriptores decision-making and adolescents, con lo que se identificaron 642 artículos, al analizar sus títulos y resúmenes se seleccionaron 16 manuscritos, al realizar la lectura del texto completo se encontraron 9 investigaciones (dos bibliográfica y siete originales) que trataban la temática.

La evidencia localizada, no muestra la aplicación del modelo de Ottawa en intervenciones dirigidas al manejo de malnutrición por exceso. Sin embargo, aportan información relevante para esta investigación.

Así, se rescató un estudio exploratorio cualitativo, donde un grupo de investigadores indagó sobre los aspectos en los que desean involucrarse adolescentes, recientemente diagnosticados de cáncer, encontrando que tomar decisiones respecto a su tratamiento no es un tema relevante para ellos. No obstante, estos/as adolescentes sí deseaban mantenerse informados sobre la evolución de su enfermedad y recibir educación para su autocuidado (118).

Otros investigadores, trabajaron con un grupo de adolescentes sobrevivientes de cáncer, con el objetivo de determinar en qué decisiones de la etapa terminal les gustaría involucrarse, encontraron que los principales temas en que los/as adolescentes participarían son: continuar o suspender el tratamiento, el manejo del dolor y la eutanasia (119).

En otro pequeño grupo de adolescentes con enfermedades crónicas (enfermedad de Crohn y artritis juvenil), se buscó comprender en qué decisiones respecto al manejo de su enfermedad deseaban participar, concluyendo que les interesa involucrarse en la toma de decisiones de su tratamiento, pero con el acompañamiento de sus padres y el personal de salud (120).

Por otra parte, se han estudiado a los profesionales que trabajan con embarazadas, identificando diferencias en la presentación de las opciones frente a embarazos no deseados a mujeres adultas y adolescente. Se encontró que en las consejerías los profesionales de la salud tienden a exponer con menor frecuencia la opción del aborto a las adolescentes en comparación con las mujeres adultas (121).

Todos los estudios presentados hasta ahora son cualitativos, en ellos se observa que, aunque en situaciones extremas, los adolescentes desean participar ya sea siendo informados o participando activamente en las decisiones respecto a su situación de salud. Esta situación ha sido evaluada por expertos en el área oncológica infantil, quienes han señalado la necesidad de crear protocolos que incluyan tanto a padres como a los adolescentes en las decisiones finales (122). Además, se muestra una actitud paternalista de parte de los profesionales de salud, donde toman las decisiones sin involucrar a los adolescentes o dan a conocer las opciones con efecto de formulación haciendo que los adolescentes opten por aquellas decisiones que los adultos han seleccionado.

Algunos grupos de investigadores han indagado cuantitativamente este fenómeno. Entre ellos, un estudio realizado con adolescentes diagnosticados de Diabetes Mellitus 1, cuyos objetivos fueron examinar la competencia de toma de decisiones

en los adolescentes y sus padres, y relacionarla con la comunicación padres-hijos, adherencia terapéutica y control glicémico. Entre los resultados más importantes destaca que la competencia en toma de decisiones de los adolescentes se asoció positivamente con adherencia terapéutica informada por los padres, pero no se asoció con mejor comunicación entre padres-hijos o mejores resultados glicémicos (123).

En un estudio piloto realizado a un grupo de adolescentes con diagnóstico de asma, se evaluó la eficacia de un programa de toma de decisiones en la mejora de la calidad de la toma de decisiones y en la reducción de la motivación para consumo de sustancias de riesgo. Los resultados mostraron una diferencia por sexo, los hombres presentaron mejoras en la calidad de las decisiones y, en las mujeres hubo cambios positivos en la motivación para consumo de sustancias, aunque el grupo completo no mostró reducción significativa en el comportamiento real de consumo de sustancias, a pesar de ello la intervención fue recibida favorablemente por los participantes (124).

En otra investigación, mediante un modelo cuasiexperimental, se evaluó un plan de estudios de alfabetización mediática, dirigida a los procesos de toma de decisiones sobre consumo de alcohol entre adolescentes. Los resultados mostraron que el plan de alfabetización tuvo diversos grados de eficacia entre hombres y mujeres, en general los varones encuentran las situaciones menos realistas, en cambio las mujeres tuvieron una actitud menos escéptica (125).

En general, el abordaje de la toma de decisiones en salud entre los adolescentes es heterogénea, situación que ya ha sido expuesta por especialistas en la materia (126). Sin embargo, existen aspectos en las investigaciones presentadas, que parecen interesantes de considerar, entre ellos destacan las diferencias que se observan en los resultados post-intervención obtenidas por hombres y mujeres, además llama la atención que mejores percepciones de competencias o motivaciones decisionales no se ven reflejadas en los resultados clínicos. Estos

elementos serán considerados en el análisis de resultados de la presente investigación.

Experiencias en toma de decisiones a nivel nacional

Respecto a las experiencias que abordan este fenómeno en Chile, el rescate bibliográfico mostró la existencia de algunos estudios, que han evaluado necesidades decisionales bajo el Modelo Conceptual de Ottawa. Las investigaciones encontradas derivan principalmente de un proyecto de transferencia tecnológica canadiense chilena, desarrollado entre enfermeras de la Universidad de Ottawa y de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el que posteriormente se replicó a otras Escuelas de Enfermería del país (127).

Se trata de investigaciones realizadas con mujeres, las cuales muestran que las decisiones en salud son una situación que genera conflicto para estas usuarias, con claras manifestaciones y con factores que están interfiriendo en la decisión final. No obstante, los profesionales de la salud no han dado respuesta a esta problemática y no se les reconoce como factor de apoyo decisional (127-130).

Considerando el contexto informado, el presente estudio se visualiza como una alternativa de solución, a través de la implementación de consejerías, donde enfermería asumiría un rol protagónico como apoyo a las decisiones que los/as adolescentes con malnutrición por exceso deban realizar.

2.2.2 Intervenciones para disminuir la malnutrición por exceso en adolescentes.

La búsqueda de información se realizó utilizando los descriptores adolescents, obesity, overweight e intervention studies, en inglés y español. Para refinar el rescate bibliográfico, la búsqueda se limitó a artículos originales de los últimos 5 años, en adolescentes entre 14 y 18 años, además se descartaron las investigaciones que incluyeron procedimientos quirúrgicos y aquellas realizadas en contextos socioculturales muy distintos como los asiáticos y del medio oriente.

Con todo lo anterior se identificaron 642 artículos, al analizar sus títulos y resúmenes se seleccionaron 16 manuscritos, al realizar la lectura del texto completo se encontraron nueve artículos originales, derivados de ocho investigaciones que trataban la temática, los que se presentan a continuación.

En el año 2010, un grupo de investigadores de Massachusetts dieron a conocer un estudio realizado en adolescentes de 13 a 16 años con sobrepeso y obesidad, su objetivo fue evaluar la eficacia de dos intervenciones. Para ello, los adolescentes se distribuyeron en dos grupos, ambos recibieron sesiones cognitivo conductuales para manejar su peso, implementadas por psicólogos y nutricionistas en dos etapas, en la primera se realizaron 16 sesiones semanales de una hora (para padres y adolescentes por separado) y, en la segunda etapa denominada de mantenimiento, se efectuaron cuatro sesiones cada dos semanas. La diferencia estuvo dada porque uno de los grupos recibió actividades de ejercicio aeróbico supervisado, llegando a los 35 minutos de actividad física sostenida; mientras que el otro grupo, recibió terapia de aventura “Outward Bound” consistente en actividades grupales con desafíos físicos y mentales para el desarrollo de habilidades sociales, resolución de problemas y confianza en sí mismo. Al finalizar la intervención se re-evaluó el estado nutricional de los participantes, ambos grupos presentaron un descenso del IMC, puntajes z de IMC y circunferencia de cintura, significativo respecto a la medición inicial, pero sin diferencia entre grupos. El seguimiento de los 12 meses mostró que los parámetros antropométricos presentaban un aumento con respecto a la medición previa, pero aún significativamente más bajos que la medición inicial (131), evaluaciones muy similares se obtuvieron a los 24 meses, evidenciando una estabilización del estado nutricional en ambos grupos de adolescentes (132).

Por su parte, investigadores noruegos, presentaron en 2014 los resultados de un estudio realizado en adolescentes de 13 a 15 años con sobrepeso y obesidad. El propósito fue comparar el efecto a corto plazo, de un programa por internet y la intervención habitual, sobre el estado nutricional, actividad física y la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) de los adolescentes. El programa en línea

consistió en 12 semanas de consejería sobre actividad física, basadas en las teorías de autodeterminación y entrevista motivacional y, la intervención habitual se trató de un seguimiento realizado por parte de enfermeras escolares. Se efectuaron mediciones de las variables evaluadas al inicio y al finalizar de la intervención, evidenciando que el grupo experimental mostró una mantención del estado nutricional y, una mejoría significativa sobre la actividad física y la CVRS; en cambio el grupo control presentó un aumento significativo del IMC y no modificó la actividad física ni la CVRS. Así, la intervención en línea presentó ventajas comparativas frente a esta problemática (133).

Ese mismo año en España, se realizó una investigación en adolescentes de 12 a 16 años con sobrepeso y obesidad, se desarrolló en las ciudades de Granada, Madrid, Pamplona, Santander y Zaragoza. Su objetivo fue evaluar un programa de educación integral denominado “EVASYON”, este contempló aspectos nutricionales y de actividad física, especialmente diseñados para cada adolescente por un grupo multidisciplinario integrado por nutricionistas, especialistas en educación física y médicos pediatras. El programa se implementó en dos etapas, los primeros dos meses correspondieron a la fase intensiva (energética-restrictiva) y luego una fase extensiva (seguimiento de soporte) que duró once meses. El artículo revisado muestra las variables antropométricas evaluadas al inicio, 2 y 6 meses de seguimiento, evidenciando una disminución progresiva del peso, puntaje z de IMC y circunferencia de cintura, que resultó estadísticamente significativa para hombres y mujeres del grupo intervenido (134).

También en el 2014, se publicó un estudio mexicano desarrollado en cinco preparatorias privadas de Monterrey, su objetivo fue identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como los hábitos de alimentación y ejercicio físico al inicio y término del primer año de preparatoria posterior a un programa de intervención, utilizando redes sociales. La intervención fue aplicada a adolescentes de 14 a 17 años durante todo el año académico, consistió en consejerías de alimentación saludable y ejercicio físico, además de la utilización de una página web y redes sociales para la difusión de las mismas temáticas y

entrega de información de diversas actividades de intervención. Inicialmente se encontró una prevalencia del 9% de obesidad y 16% de sobrepeso, la evaluación nutricional al finalizar la intervención no mostró diferencias significativas, aunque las mujeres presentaron un aumento significativo en el IMC y el porcentaje de grasa corporal, no así los varones. Respecto a la alimentación, el aumento del consumo de frutas y verduras fue estadísticamente significativo, al igual que la reducción en el consumo de refrescos y papas fritas. La actividad física no mostró diferencias de importancia (135).

El mismo 2014 se publicó otro estudio español desarrollado en Almería, cuyo objetivo fue verificar una mejora en el estado nutricional y hábitos de alimentación y actividad física en un grupo de adolescentes de 15 a 17 años. La intervención se realizó en un centro educacional, durante 9 meses y consistió en talleres educativos en los que participaron adolescentes y sus padres o tutores, a cargo de enfermeras. Se evaluaron las variables propuestas pre y post intervención, encontrando una disminución significativa del IMC en los participantes, el test de hábitos de alimentación también mejoró significativamente, sin embargo, la actividad física no mostró diferencias de importancia. Ninguno de los resultados mostró diferencias por sexo (136).

A inicios del 2015, investigadores de California dieron a conocer un estudio randomizado que también evaluó la eficacia de dos intervenciones, aplicadas a adolescentes obesos mayores de 11 años, de los cuales el 80% eran hispanos. Una de las intervenciones denominada “escalonada hacia abajo”, estuvo constituida por una consejería inicial sobre alimentación saludable y actividad física efectuada por médico, luego un educador de salud realizaba consejerías basadas en la teoría cognitivo social, a través de llamadas telefónicas y envío de material por correo electrónico durante un año; la segunda intervención considerada la “atención habitual” contempló la misma consejería inicial realizada por médico, pero el educador de salud solo realizó una sesión de consejería donde además se les entregó un podómetro a los adolescentes y se envió material mensual por correo electrónico relacionado con el manejo de peso. A

ambos grupos se les realizaron evaluaciones antropométricas basales, a los 4, 8 y 12 meses, estos mostraron una reducción significativa de IMC para los varones, no así para las mujeres y, sin diferencias de importancia entre ambas intervenciones (137).

A nivel nacional se rescataron dos publicaciones, la primera de ellas se trata de una investigación dirigida a estudiantes de enseñanza media, realizada en la comuna de Lota en el año 2010, que tuvo por objetivos implementar y evaluar una intervención educativa para prevenir la malnutrición por exceso. La intervención duró 2 años e incluyó sensibilización de la comunidad educativa, diagnóstico nutricional y talleres educativos de alimentación saludable a todos los docentes, apoderados y estudiantes, realizado por las nutricionistas investigadoras. Los resultados muestran una disminución de la malnutrición por exceso en 3 puntos porcentuales (de 28 a 25%), pero un aumento de la malnutrición por déficit en un 5%. Las autoras no entregan explicaciones respecto a estos resultados (42).

Por otro lado, durante el año 2011 se publicó un estudio prospectivo, que tenía por objetivo evaluar la respuesta antropométrica, metabólica y de adherencia, a corto plazo (4 meses), a una intervención no farmacológica, multidisciplinaria y multicéntrica, dirigida a modificar hábitos de alimentación y actividad física en niños y adolescentes. El programa fue elaborado por el MINSAL, FONASA y un grupo de expertos en nutrición. Contempló actividades individuales realizadas por médico, nutricionista y psicólogo, y actividades grupales dirigidas por un profesor de educación física, nutricionista y psicólogo. Entre los resultados destacan que el 67% de los usuarios finalizó el programa, estos se caracterizaban por presentar los IMC más altos al ingreso. La efectividad global del programa (reducción del $IMC \geq 5\%$) fue del 45,8% y se logró una reducción de los parámetros metabólicos, pero sin relación con la disminución de peso (138).

La evidencia empírica revisada muestra diversas estrategias implementadas con la finalidad de disminuir la malnutrición por exceso entre adolescentes. Al

analizarlas se visualizan aspectos importantes a considerar en esta investigación, entre ellas:

- Los programas especialmente diseñados para intervenir la malnutrición por exceso, demostraron generar mejores resultados que las intervenciones propuestas en los programas nacionales o estatales frente a esta problemática.
- Las intervenciones que utilizan medios de comunicación electrónica con los/as adolescentes demostraron tener resultados similares a las intervenciones presenciales.
- Algunas de las intervenciones mostraron resultados diferenciados por sexo y en otras investigaciones esta variable no presentó diferencias, por lo que parece necesario indagar si en el presente estudio se evidencia hallazgos en este sentido.
- Las experiencias más exitosas fueron realizadas por equipos multiprofesionales del ámbito sanitario y han combinado actividades individuales y grupales en distintos aspectos involucrados.
- Las personas significativas (sobre todo los miembros de la familia) pueden ayudar a los/as adolescentes a modificar los hábitos que generan su situación de salud.
- Se deben considerar los efectos que pueden ejercer las intervenciones, sobre las personas con trastornos alimentarios que generan malnutrición por déficit, ya que son especialmente sensibles a la información entregada, pudiendo estimular conductas que empeoren su situación.

Finalmente, según la evidencia presentada es posible inferir que, desarrollar y evaluar estrategias de apoyo decisional en el área de la malnutrición por exceso dirigida a la población adolescente, es un área de investigación no explorada que podría ser una alternativa viable para manejar esta problemática.

CAPÍTULO 3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según el contexto y fundamentación presentada, sobre la base del marco referencial desarrollado y por un interés personal de la investigadora, surgido desde la experiencia en el cuidado de la salud de los/as adolescentes, se plantea el siguiente problema de investigación:

“Se desconoce el efecto de una consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física en población adolescente”

Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar el efecto de una consejería de apoyo decisional en salud, sobre el conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física en población adolescente.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Establecer la presencia y nivel de conflicto decisional global y por dimensiones en los/as adolescentes frente a su malnutrición por exceso.
- 3.2.2 Identificar el nivel de malnutrición por exceso entre los/as adolescentes participantes.
- 3.2.3 Identificar las características de los hábitos de alimentación entre los/as adolescentes participantes.
- 3.2.4 Identificar las características de los hábitos de actividad física entre los/as adolescentes participantes.
- 3.2.5 Establecer las diferencias post intervención en los adolescentes del grupo intervención y grupo control, respecto a:
 - La presencia y nivel de conflicto decisional global y por dimensiones frente a su malnutrición por exceso.
 - Malnutrición por exceso.
 - Hábitos de alimentación.
 - Hábitos de actividad física

3.2.6 Determinar el efecto de la consejería de apoyo decisional en el grupo intervención v/s el Control Joven Sano en el grupo control, respecto a:

- Conflicto decisional y sus dimensiones.
- Malnutrición por exceso.
- Hábitos de alimentación.
- Hábitos de actividad física.

3.3 Hipótesis

A continuación, se presentan las hipótesis establecidas para dar respuesta al objetivo que busca determinar el efecto de la consejería de apoyo decisional en salud, como variable independiente, sobre las variables dependientes: conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física.

De acuerdo a los hallazgos del marco empírico, en cuanto a las diferencias observadas en los resultados presentados por hombres y mujeres, inicialmente se propuso establecer hipótesis diferenciadas por sexo para cada variable independiente, sin embargo, el tamaño de la muestra y los niveles de medición del cuestionario de hábitos de alimentación y actividad física utilizado, no permitieron realizar esta diferenciación en las hipótesis que contemplaron estas variables, según lo anterior la hipótesis 3 y 4 solo se presentan estableciendo diferencias entre el grupo intervención y control.

Hipótesis 1

H_{1.1} Los hombres del grupo intervención presentan menor conflicto decisional frente a su malnutrición por exceso después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los hombres que recibieron Control Joven Sano.

H_{1.2} Las mujeres del grupo intervención presentan menor conflicto decisional frente a su malnutrición por exceso después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con las mujeres que recibieron Control Joven Sano.

Hipótesis 2

H2.1 Los hombres del grupo intervención presentan menor malnutrición por exceso después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los hombres que recibieron Control Joven Sano.

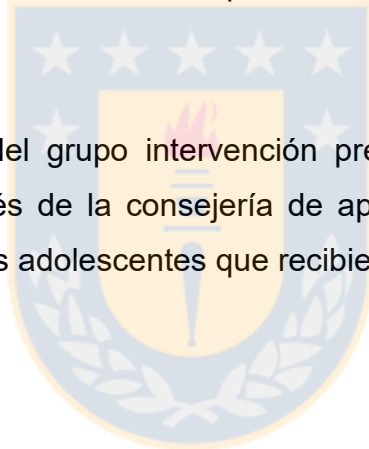
H2.2 Las mujeres del grupo intervención presentan menor malnutrición por exceso después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con las mujeres que recibieron Control Joven Sano.

Hipótesis 3

H3. Los/as adolescentes del grupo intervención presentan mejores hábitos de alimentación después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los/as adolescentes que recibieron Control Joven Sano.

Hipótesis 4

H4. Los/as adolescentes del grupo intervención presentan mejores hábitos de actividad física después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los/as adolescentes que recibieron Control Joven Sano.



3.3 Variables del Estudio

Independientes	<p>Consejería de apoyo decisional en salud.</p> <p>Control Joven Sano</p>
Dependientes	<p>Conflicto decisional: - Incertidumbre decisional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de las opciones. - Valor otorgado a las opciones. - Participación de otros. - Satisfacción con la decisión tomada. <p>Malnutrición por Exceso.</p> <p>Hábitos de alimentación.</p> <p>Hábitos de actividad física.</p>
Intervinientes	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Tipo de familia</p> <p>Nivel socioeconómico</p> <p>Escolaridad</p> <p>Rendimiento escolar</p> <p>Autoeficacia</p> <p>Apoyo social</p> <p>Control nutricional previo</p> <p>Percepción de Bullying</p>

La definición nominal y operacional de las variables presentadas en el cuadro precedente, se pueden encontrar en el Anexo B.

4.1 Diseño de la investigación

Estudio cuantitativo, prospectivo, de tipo cuasi-experimental con pre y pos-test en grupos intactos (139). Se trata de un estudio clínico de intervención comunitaria, que a diferencia de los estudios por conglomerado, es realizado a poblaciones formadas naturalmente, donde se aplica una “intervención individualizada” para determinar los beneficios potenciales de modificar ciertos comportamientos de los individuos. Se caracterizan por tener una duración no menor a seis meses, requiere de a lo menos dos grupos (intervención y control) y, que los individuos adhieran de manera completa a los lineamientos establecido en el protocolo (140).

Para esta investigación, el grupo intervención estuvo constituido por adolescentes con malnutrición por exceso que recibieron “Consejerías de Apoyo Decisional” y, el grupo control por adolescentes con malnutrición por exceso que recibieron “Control Joven Sano”, abordaje propuesto por el MINSAL (52).

Se aplicó el siguiente diagrama de medición (139):

	Mes 1	Mes 2 – Mes 11	Mes 12
G_i	O_1	X_1	O_2
G_c	O_3	X_2	O_4

G_i = Grupo Intervención
 G_c = Grupo Control
 O = Medición
 X_1 = Consejería de Apoyo Decisional
 X_2 = Control Joven Sano

Este diagrama muestra como se desarrolló la investigación cumpliendo las características de un diseño cuasi-experimental (139). Así:

- Ambos grupos fueron expuestos a una variable independiente: el grupo intervención a la consejería de apoyo decisional y el control recibió control joven sano.
- Para medir y comparar el efecto de ambas intervenciones o variables independientes, sobre las variables dependientes (conflicto decisional, estado nutricional, hábitos de alimentación y actividad física), se evaluó la diferencia entre la medición inicial o pre-test, y la medición final o pos-test, en cada grupo.

- Para evaluar la validez interna de esta investigación, situación que puede verse afectada al trabajar con grupos intactos, se compararon cada una de las variables dependientes e intervinientes, de ambos grupos en el pre-test o medición basal. No encontrándose diferencias significativas entre ellas, por lo que desde el punto de vista estadístico no se demostró que no eran equivalentes, es decir, que se trataba de grupos comparables. De esta forma, las diferencias encontradas entre las mediciones pre-test y post-test pueden atribuirse a las intervenciones recibidas por cada grupo y determinar el efecto que tuvieron sobre las variables dependientes.

4.2 Unidad de Análisis

La unidad de análisis son los adolescentes que cursan entre primero y cuarto año de enseñanza media, matriculados en los Liceos Municipalizados de la Comuna de Valparaíso y con diagnóstico de malnutrición por exceso.

4.3 Población y Muestra

En el año 2013, la matrícula total en los Liceos Municipalizados de Valparaíso fue de 7.050 adolescentes (141). Considerando que los estudios más recientes indican que la prevalencia de malnutrición por exceso en población adolescente es del 37,8% (7), la población para esta investigación se estimó en 2.665 adolescentes.

La selección de la muestra fue por conglomerado bietápica (139). Para su conformación, inicialmente se identificaron los Liceos Municipalizados Mixtos de la Comuna de Valparaíso y se seleccionaron aleatoriamente dos establecimientos educacionales. Seguidamente, se procedió a solicitar autorización para realizar la investigación en el Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso, instancia que informó que el primero de los liceos seleccionados contaba con dos sedes de funcionamiento independiente, cuya distribución obedecía a aspectos de infraestructura disponibles y no a las características de los estudiantes, situación por la que se decidió utilizar solo este establecimiento para efectuar el estudio. Así,

se designó aleatoriamente una de las sedes como grupo intervención y la otra como grupo control.

Finalmente, en cada sede del establecimiento educacional se efectuó un censo de todos los/as estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, efectuándose la intervención individualizada a los/as integrantes de cada grupo según se estableció en el proyecto de investigación.

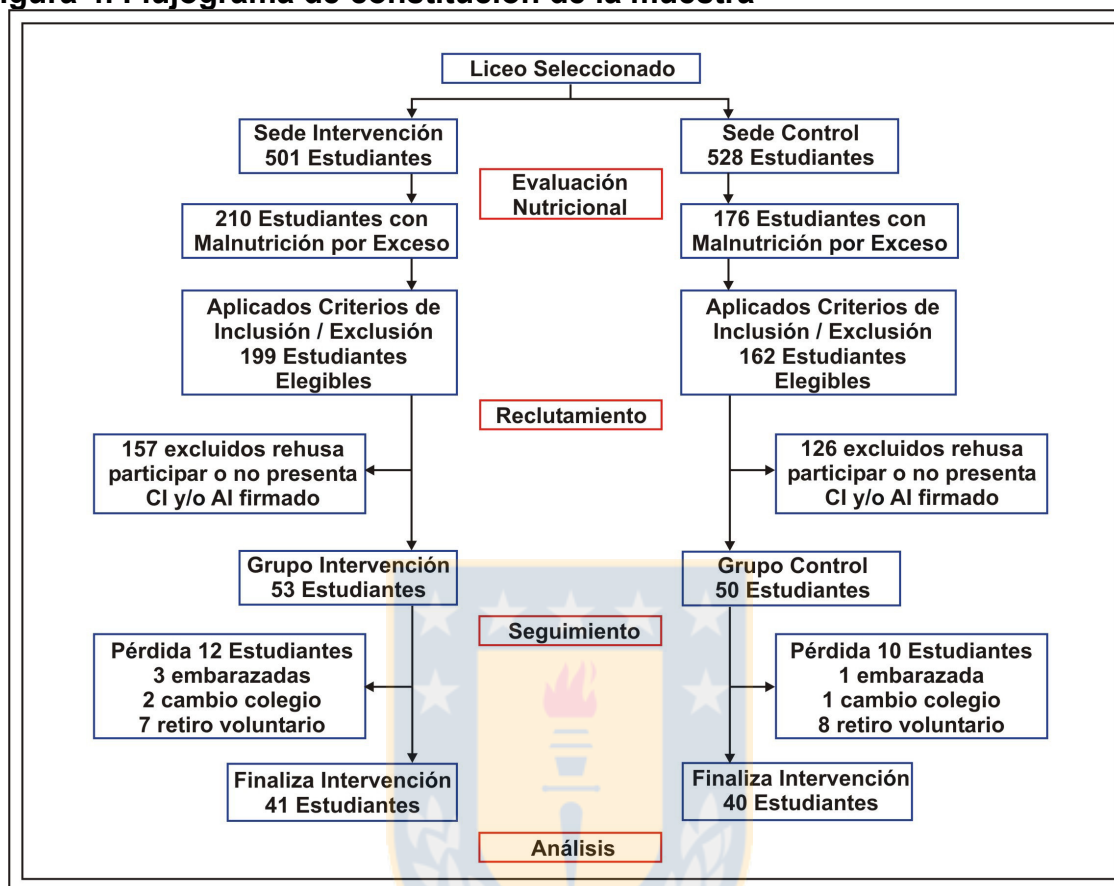
Criterios de Inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso en la etapa inicial de la presente investigación, donde se evaluó el estado nutricional por IMC corregida por edad y sexo, según se indica en el “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes” (52).
- Que presenten consentimiento informado por parte de un adulto responsable (padre o tutor) y de asentimiento informado por parte del/la adolescente.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que se encuentren en algún tipo de tratamiento, asesorado por un profesional de la salud para manejar su malnutrición por exceso, como una forma de controlar la interferencia de esta situación sobre la efectividad de las intervenciones analizadas.
- Adolescentes con antecedentes de diagnóstico de patología física como por ejemplo diabetes mellitus tipo 1 o 2, enfermedades metabólicas, enfermedad renal crónica u otra de complejidad similar; o enfermedad mental como ansiedad o depresión mayor y trastornos de alimentación (bulimia y anorexia), las que por sus características fisiopatológicas o farmacológicas impliquen restricciones, que puedan afectar las decisiones que tome el adolescente frente a su malnutrición por exceso.
- Adolescentes embarazadas o púerperas de menos de 6 meses.

Figura 4. Flujo de constitución de la muestra



La figura 4 señala los procedimientos desarrollados para la conformación de la muestra. Para ello, en cada sede se evaluó el estado nutricional de todos los/as estudiantes, además durante este proceso se identificó a las estudiantes en situación de embarazo o puerperio y aquellos/as que se encontraban en tratamiento nutricional o con diagnóstico de alguna enfermedad que pudiese afectar las decisiones frente a su situación nutricional (para esta investigación se excluyeron dos estudiantes, una de ellas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo1 y otro con enfermedad celiaca compleja), así se determinó el grupo de adolescentes elegibles para participar en el estudio.

Posteriormente, se solicitó apoyo a los profesores jefes de curso, a quienes se capacitó para presentar la investigación y entregar el documento de consentimiento informado a los padres y apoderados de los estudiantes elegibles.

A los/as adolescentes que presentaron el consentimiento informado firmado, se les solicitó firmar el asentimiento, de esta forma se conformaron los grupos de intervención y control.

Además, durante la intervención hubo pérdida de algunos estudiantes tanto del grupo de intervención como del grupo control. Estos correspondieron a estudiantes que presentaron embarazo lo que constituía criterio de exclusión, otro grupo de estudiantes por razones académicas o personales se cambiaron de establecimiento educacional y se perdió contacto con ellos/as y, un tercer grupo (más numeroso) conformado por estudiantes que no completaron el protocolo de intervención o que decidieron su retiro voluntario, especialmente posterior al mega-incendio que afectó a la ciudad de Valparaíso.

4.4 Instrumentos recolectores de datos

Los instrumentos, que a continuación se describen, fueron consolidados en un documento que los/as adolescentes contestaron por autoreporte (el instrumento completo se encuentra en el anexo C).

Descripción de los instrumentos

Los instrumentos utilizados para evaluar las **variables dependientes** fueron:

Escala de Conflicto Decisional. Elaborada y validada por Annette O'Connor en 1995 (72). Se trata de una escala compuesta por 16 ítems distribuidos en 5 sub-escalas (142):

1. Incertidumbre respecto a qué curso de acción tomar.
2. Conocimiento respecto a las opciones.
3. Valores que las personas asignan a las opciones.
4. Participación de otros en el proceso de toma de decisión.
5. Decisión efectiva y satisfactoria para el sujeto que ya ha tomado la decisión.

Las primeras cuatro sub-escalas están compuestas por 3 ítems y la última por 4 ítems, las respuestas se presentan en escala tipo likert de 5 niveles, desde 0 que indica total acuerdo hasta 4 cuando existe total desacuerdo.

La confiabilidad de la escala original, fue evaluada a través de test-retest obteniendo una puntuación de 0,81, además se determinó la consistencia interna de las distintas subescalas, encontrándose valores de Alfa de Cronbach entre 0,78 y 0,92 (142), lo que indica una alta consistencia, con una capacidad de discriminación significativa (143). La validez de criterio se midió comparando los resultados conseguidos con un examen de conocimientos, encontrando una correlación inversa débil, aunque significativa (72), situación esperada desde el punto de vista teórico.

Este instrumento fue traducido al español en 1999 por un grupo de profesionales de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en conjunto con la autora. Posteriormente fue validado en un grupo de jóvenes universitarios, obteniendo características psicométricas muy similares a la escala original. La escala total alcanzó una Alfa de Cronbach de 0,8 y las subescalas obtuvieron valores superiores a 0,7, excepto la participación de otros que alcanzó un 0,51. La validación de constructo se evaluó a través de análisis factorial, lo que permitió extraer 4 factores, al rotar la matriz los ítems se agruparon claramente en las dimensiones originales, excepto uno de los ítems que se agrupó en más de un factor, situación que fue atribuida, por las investigadoras, a la forma de redacción usada, situación que se contemplará en la presente investigación (144).

En términos generales la validez y confiabilidad alcanzadas por este instrumento hacen posible su utilización a nivel nacional y la autora ha entregado su consentimiento para que sea utilizado en el presente estudio (ver anexo D).

Cuestionario de hábitos alimentarios y de actividad física: Ha sido elaborado y validado para su utilización por el Comité Técnico Científico del Programa Estrategia Contra la Obesidad, de la Universidad de Concepción, consta de 12

preguntas relacionadas con los hábitos de alimentación y 6 preguntas orientadas a los hábitos de actividad física, en ambos casos se obtiene información respecto de la frecuencia y las características en que se desarrollan (145).

Evaluación de estado nutricional: Se efectuó calculando el IMC de los/as adolescentes, indicador de adiposidad que relaciona el peso expresado en kilogramos y la talla (al cuadrado) expresada en metros. Para obtener las medidas requeridas para realizar el cálculo, se evaluó el peso en una balanza marca Seca® con una exactitud de 50 grs. y la estatura con un tallímetro de varilla vertical, unido a la balanza, con una exactitud de 0,1 cms. Los IMC obtenidos fueron transformaron en percentiles ajustados por edad y sexo, para lo cual se utilizaron las curvas del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y National Center for Health Statistics (NCHS) del año 2000, según indican las orientaciones técnicas para el control salud de Adolescentes. Así, con los resultados obtenidos se diagnosticó malnutrición por exceso (riesgo de obesidad y obesidad) en los casos que obtuvieron percentiles ≥ 85 , según señala la normativa vigente (52).

Para complementar la evaluación se midió el porcentaje de grasa corporal por medio de un bioimpedanciómetro electrónico marca Omrom®, el resultado no se clasificó en rangos de malnutrición, solo se usó como referencia ya que en la actualidad no se han establecido rangos para población infanto-juvenil chilena.

Para evaluar las **variables intervinientes** se utilizaron:

Cuestionario de Caracterización: Elaborado por la tesista investigadora para recoger información respecto a las características biosociodemográficas, clínicas y algunas académicas de los participantes. Consta de 8 preguntas, 7 de las cuales corresponden a preguntas cerradas, además en algunos casos se solicitó especificar información según la respuesta entregada. Una de las preguntas se refiere al nivel socioeconómico familiar, la información se obtuvo del registro de apoyo social del liceo, según los antecedentes portados por los padres y/o apoderados al establecimiento educacional.

Escala de autoeficacia general: Desarrollada en 1979 por los psicólogos alemanes Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer, su finalidad es medir la sensación de competencia total de la persona para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (146), estos mismos autores posteriormente participaron en la investigación que realizó la traducción de este instrumento a diferentes idiomas, incluyendo el español (147).

Es una escala unidimensional que consta de 10 ítems, con respuestas tipo likert entre 1 y 4, alcanzando un puntaje mínimo de 10 y un máximo de 40 puntos, donde los valores más altos indican una mayor percepción de autoeficacia general (147).

Los autores determinaron la confiabilidad de esta escala a través de evaluación de consistencia interna, reportando un alfa de Cronbach de 0,81. Se evaluó validez de criterio correlacionando los resultados obtenidos con los informados por otros instrumentos, lo que mostró correlación positiva con optimismo y correlación negativa con depresión y ansiedad, lo que expresa validez discriminante y congruencia con los aspectos señalados por la Teoría de Autoeficacia (147). Todo esto indica que las características psicométricas de esta escala son óptimas para su utilización (143).

En el año 2010, los investigadores Cid, Orellana y Barriga realizaron la validación de la versión en español de esta escala, para su uso en Chile. La evaluación confirmó que sus características psicométricas eran similares a la escala original, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,85 y validez de criterio concurrente mediante correlaciones positivas con mayor autoestima y mejor percepción de salud, asociaciones que fueron sustentadas teóricamente (148).

Por lo expuesto, es posible afirmar que este instrumento permite medir autoeficacia en población chilena, además su autor ha explicitado su autorización

para utilizar libremente la escala en investigaciones (149), razones por las que se decidió aplicarlo en el presente estudio.

Escala multidimensional de apoyo social (MSPSS): Diseñada en 1988 por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley con la finalidad de medir el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas (150). Se trata de una escala compuesta por 12 reactivos, con respuestas tipo likert entre 1 y 7 puntos, donde los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido (150,151).

La evaluación que los autores realizaron de este instrumento mostró que se trata de una escala con tres dimensiones, el análisis de confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach mayor a 0,85 tanto para las subescalas como en la escala total. Se obtuvo validez de criterio mediante la correlación entre sus resultados y la presencia de ansiedad y depresión, alcanzando correlaciones inversas y significativas, según se había propuesto desde el punto de vista teórico; el análisis factorial realizado en la revalidación demostró la agrupación de los ítems en las 3 medidas de resumen iniciales (150,151). Todo esto indica que las características psicométricas de esta escala son óptimas para su utilización (143).

En el año 2002 fue traducida y adaptada para su uso en Chile por Arechavala y Miranda, la principal adaptación realizada consistió en reducir la escala de frecuencia a 4 niveles, desde 1 que indica casi nunca, hasta 4 que señala casi siempre o siempre (152). El análisis de confiabilidad para la escala total, se realizó a través de medición de alfa de Cronbach obteniendo 0,86, una validación posterior confirmó su consistencia interna con una alfa de 0,85 (153). Para la validez de constructo, se realizó análisis factorial con rotación Varimax, la primera validación mostró dos factores, situación explicada por las autoras debido a las características del grupo investigado, los cuales pertenecían a familias extendidas generado que las dimensiones familia y otros significativos se uniera (152), la segunda validación evidenció las tres dimensiones de la escala original (153). Los análisis métricos presentados indican que es un instrumento válido y confiable

para ser aplicado en población chilena y está disponible para su uso liberado en investigaciones (154).

Todos los instrumentos señalados, fueron aplicados por la investigadora y por dos ayudantes de investigación previamente capacitadas, durante el pre-test y pos-test. Estos procedimientos se desarrollaron en el mismo establecimiento educacional de los estudiantes, en espacios cedidos por el liceo para tales efectos (bibliotecas, salones multiuso y salas disponibles).

4.5 Control de Calidad de los Datos

Prueba Piloto

Con la finalidad de determinar el grado de comprensión de los instrumentos recolectores de datos, el tiempo requerido para su administración y rescatar algún aspecto importante a considerar durante su aplicación, se realizó una prueba piloto. Además, se utilizó esta instancia para evaluar el material preparado para la consejería de apoyo decisional en salud, de manera que se les solicitó la opinión respecto a las características estéticas y comprensión del contenido.

Dicha prueba se aplicó a 55 adolescentes de ambos sexos que cursaban entre primero y cuarto medio en un colegio subvencionado de Valparaíso, durante el mes de mayo de 2013. Para cautelar que las características socioculturales de este grupo fueran lo más similares posibles a los participantes de la investigación, se seleccionó un colegio de bajo copago familiar.

El estado nutricional de los/as estudiantes fue previamente evaluado por los/as profesores de educación física del establecimiento, los instrumentos se aplicaron a cuatro grupos de 12 a 15 adolescentes con apoyo de la tesista y dos ayudantes de investigación, lo que resultó una relación adecuada para responder a las consultas surgidas.

En general, los estudiantes mostraron una buena disposición a participar; en cuanto a la comprensión del instrumento, solo los conceptos “conflicto decisional” y “leguminosas” generaron algún grado de dificultad, pero al definirlos como “dificultad para decidir entre varias opciones para manejar una situación” y “legumbres”, respectivamente, mejoró su comprensión y permitió que completaran los instrumentos sin problemas; el tiempo promedio para responder el instrumento fue de 20 minutos.

A los dos primeros estudiantes de cada grupo que entregaron su instrumento contestado, se les solicitó evaluar el material preparado para la consejería de apoyo decisional en salud, señalando los aspectos positivos y los que les gustaría cambiar. Entre los elementos positivos destacaron el uso de colores atractivos y que el texto se presentaba en frases claras y cortas; como principal aspecto a cambiar refirieron el uso de imágenes que los “infantilizaba”, aspectos que fueron considerados en el material definitivo.

Confiabilidad y Validez

En esta investigación se utilizaron tres escalas: Conflicto decisional, Autoeficacia general y Apoyo social percibido, todas ellas presentan adecuadas propiedades psicométricas, tanto en su idioma original como en las adaptaciones realizadas para su utilización en población chilena.

Sin embargo, como en esta investigación fueron aplicadas en población adolescente, se consideró necesario realizar pruebas de confiabilidad para cada una de las escalas utilizadas y sus respectivas sub-escalas o dimensiones, la cual fue evaluada a través de análisis de consistencia interna por alfa de Cronbach.

Tabla 6. Confiabilidad de las escalas usadas en la investigación

Escala	Sub-escalas	α Cronbach	Escala Total
Conflicto Decisional	Incertidumbre	0,79	0,93
	Conocimiento de las opciones	0,84	
	Valor otorgado a las opciones	0,94	
	Participación de otros en la decisión	0,90	
	Satisfacción con la decisión tomada	0,95	
Autoeficacia	(unidimensional)		0,84
Apoyo Social Percibido (MSPSS)	Apoyo familiar	0,85	0,87
	Apoyo de pares	0,89	
	Apoyo de otros significativos o pareja	0,79	

La tabla precedente muestra que todas las escalas alcanzaron altos índices de confiabilidad, asegurando consistencia en los resultados obtenidos.

Además, se decidió realizar validez de criterio y constructo para la escala de Apoyo Social Percibido, ya que era la única escala, utilizada en el presente estudio, que no consideró la incorporación de población adolescente en la validación realizada a nivel nacional.

Se estableció validez de criterio concurrente por medio de la relación entre las escalas de Apoyo Social y de Autoeficacia, los resultados mostraron correlaciones moderadas, positivas y con una alta significancia, lo que confirmó las líneas teóricas que señalan la sinergia existente entre ambos constructos. Además, se realizó análisis factorial para determinar la estructura de la escala, la que confirmó la distribución tridimensional y agrupación de ítems propuesta por los autores. En resumen, los análisis psicométricos realizados indicaron que es un instrumento válido y confiable para ser aplicado en población adolescente chilena (155).

Respecto a los instrumentos utilizados para realizar las medidas biofísicas:

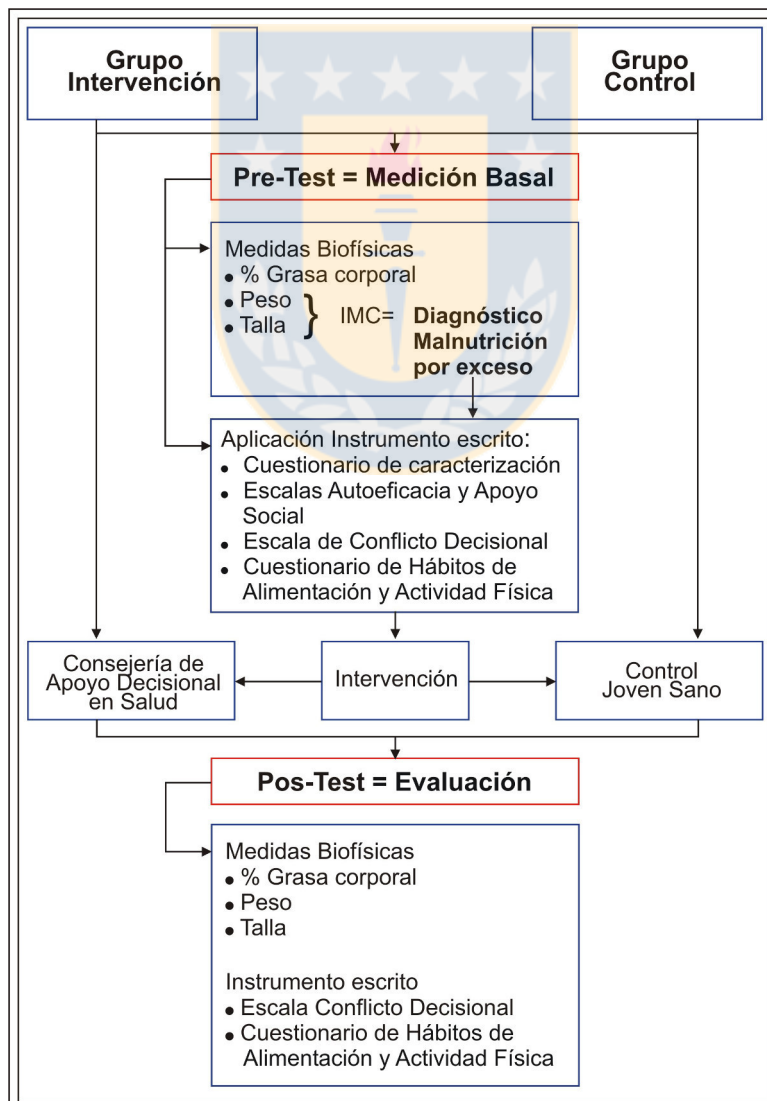
- La balanza con tallímetro, fue calibrada previo a las mediciones siguiendo las recomendaciones de uso del fabricante. Las evaluaciones de peso y talla se realizaron a la misma hora del día para todos los/as participantes, con el mínimo de ropa posible, sin calzado y siempre por los mismos operadores.

- El impedanciómetro bioeléctrico, fue utilizado por un único operario (la tesista) que entregaba las indicaciones y verificaba la posición de los/as participantes al momento de la medición (pies ligeramente separados a nivel de las caderas, brazos extendidos hacia adelante y manos cubriendo totalmente los electrodos de los mangos) y se verificó su uso en horario recomendado (dos horas post desayuno y antes de almuerzo).

4.6 Modalidad de recolección de datos

Por las características metodológicas de la presente investigación, la recolección de datos se realizó en dos momentos, pre y post intervenciones.

Figura 5. Flujograma de recolección de datos



Como muestra la figura 5, el pre-test se llevó a cabo en dos partes, primero se valoraron las medidas biofísicas para determinar la presencia de malnutrición por exceso, a continuación, se aplicó el instrumento escrito que permitió caracterizar la muestra y realizar la medición basal de las variables dependientes para el grupo intervención y el grupo control.

Una vez finalizadas las intervenciones definidas para cada grupo se realizó el post-test, en esta oportunidad se re-evaluaron simultáneamente las medidas biofísicas para determinación de malnutrición por exceso y se administró nuevamente la escala de conflicto decisional y el cuestionario de hábitos alimentarios y actividad física, de esta manera se dio respuesta a las hipótesis planteadas.

Los datos respecto a las medidas físicas fueron directamente recolectados por la investigadora (tesista) y dos ayudantes de investigación previamente capacitadas, en el caso del instrumento escrito se aplicó por autoreporte y el equipo de investigación resolvió las dudas cuando fue necesario. Ambos procedimientos se desarrollaron en el establecimiento educacional de los/as estudiantes.

4.7 Intervenciones

Cada grupo recibió una intervención diferenciada:

- Por un lado, al grupo intervención se aplicó la “Consejería de Apoyo Decisional en Salud”, basada en el Modelo Conceptual de Ottawa (55), propuesta por esta investigación. Además, es importante señalar que, siguiendo las características del diseño metodológico implementado, se consideró que un/a adolescente participó de esta intervención, sí asistió al 100% de las sesiones personales programadas y al seguimiento virtual.
- Con el grupo control se realizó “Control Joven Sano”, según lo contenido en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (52). Considerando la propuesta del MINSAL, se estableció que los/as adolescentes participaron de esta intervención, sí asistieron a una sesión.

A continuación, se conceptualizan los alcances de las intervenciones y se detallan las actividades realizadas en cada caso.

4.7.1 Control Joven Sano

El MINSAL lo ha definido como la “atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud y el normal crecimiento y desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo”. Entre sus principales objetivos propone evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, fomentar hábitos de vida saludables, pesquisando y otorgando manejo inicial a los problemas de salud prevalentes en los adolescentes (156).

En el año 2011 esta actividad fue incorporada a las metas sanitarias e integrada al índice de actividades de atención primaria de salud, como parte de la cartera de prestaciones del plan de salud familiar (157). Para dar impulso a esta iniciativa, en el periodo 2012-2014, se implementó un “Plan Piloto” en 50 comunas del país, incluida Valparaíso (158). Así, la Corporación Municipal de Valparaíso, realizó esta actividad en todos sus establecimientos de educación media durante el periodo en el que se desarrolló el presente estudio, por lo tanto, como condición para su implementación, solicitaron que el “Control Joven Sano” programado para el establecimiento seleccionado fuera asumido por esta investigación, por lo que se realizaron las coordinaciones y la actividad se efectuó en la sede del grupo control, a estudiantes que no formaban parte del grupo de investigación.

El “Control Joven Sano” puede ser desarrollado en los centros de salud, establecimientos educacionales, espacios del Instituto Nacional de la Juventud o en otro lugar comunitario (52). Para esta investigación se aplicó entre los meses de agosto de 2013 y abril de 2014, en dependencias de la sede del liceo que fue seleccionada como grupo control, para ello el establecimiento proporcionó una oficina que se acondicionó para la realización del control.

Se trata de un control realizado en una sesión, su rendimiento se ha establecido en 60 minutos por estudiante, con una concentración de una vez cada dos años, en población de 15 a 19 años. Su ejecución puede ser realizada por profesionales enfermeras/os o matronas/es y, en caso de requerir derivaciones deben ser atendidas en los centros de salud al que pertenezca el estudiante, por los profesionales que este disponga (52). Según lo anterior, en esta investigación se aplicó una sesión de una hora de duración, que contempló todos los aspectos indicados por la norma.

El MINSAL, a través del Programa Nacional de Adolescencia y Juventud, plantea que los profesionales que realicen el control de salud a estos grupos etarios, deben utilizar como principal herramienta la consejería. Esta propuesta está orientada a permitir que los/as adolescentes reflexionen sobre su conducta personal y a otorgarles oportunidades para la construcción y adopción de conductas saludables (159).

Para el registro de la historia clínica del/la adolescente se ha estipulado la utilización de la ficha CLAP (ver anexo E), instrumento creado y validado por la OPS/OMS, el cual pone especial atención en los logros de este grupo etario y en el estilo de vida de acuerdo a su propia percepción. Este formulario está compuesto por preguntas cerradas, combinadas con espacios abiertos para registrar observaciones o situaciones especiales, además en la parte final tiene una sección donde se deben indicar las impresiones diagnósticas, indicaciones e interconsultas (52).

Para implementar la presente investigación, se contrató un profesional de enfermería que desarrolló esta actividad. Para ello, se coordinó su capacitación con el Área de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, aquí se le entregó el material utilizado, participó en reuniones técnicas de trabajo y asistió a los establecimientos educacionales donde se aplicaba el “Control Joven Sano”, participando como observador y ejecutor de los controles. De esta forma, se buscó

asegurar que la intervención recibida por el grupo control fuera aplicada de acuerdo a lo establecido en la norma técnica.

Las acciones contempladas en este control son (52):

- Presentación frente al/la adolescente, indicando el objetivo del control, las principales acciones que se llevarán a cabo, asegurando que la información entregada durante su desarrollo se manejará en forma confidencial.
- Anamnesis biopsicosocial y familiar, involucra antecedentes mórbidos, evaluación de estructura y funcionamiento familiar, condición escolar, rendimiento, conducta y relaciones con sus pares, actividades extraescolares y pertenencia a grupos, condición laboral (si existe). También considera indagar sobre hábitos, como el consumo de tabaco, otras sustancias y alcohol, alimentación, actividad física, sueño y uso del tiempo libre, tiempo dedicado a la televisión y otros medios digitales. En relación a los aspectos psicosociales, incluye estado de ánimo, autopercepción corporal, interacción en redes sociales, sexualidad y salud reproductiva.
- Examen físico general, considera evaluación antropométrica y desarrollo puberal.

Incorpora la medición de peso y talla, determinación de IMC y evaluación de estado nutricional según curvas CDC/NCHS para hombres o mujeres. Así, se debe realizar diagnóstico de malnutrición por exceso cuando el IMC sea igual o superior a percentil 85.

El desarrollo puberal se evaluará solicitando al estudiante que se identifique con láminas que presentan imágenes de desarrollo mamario, vello púbico en ambos sexos y desarrollo genital en hombres.

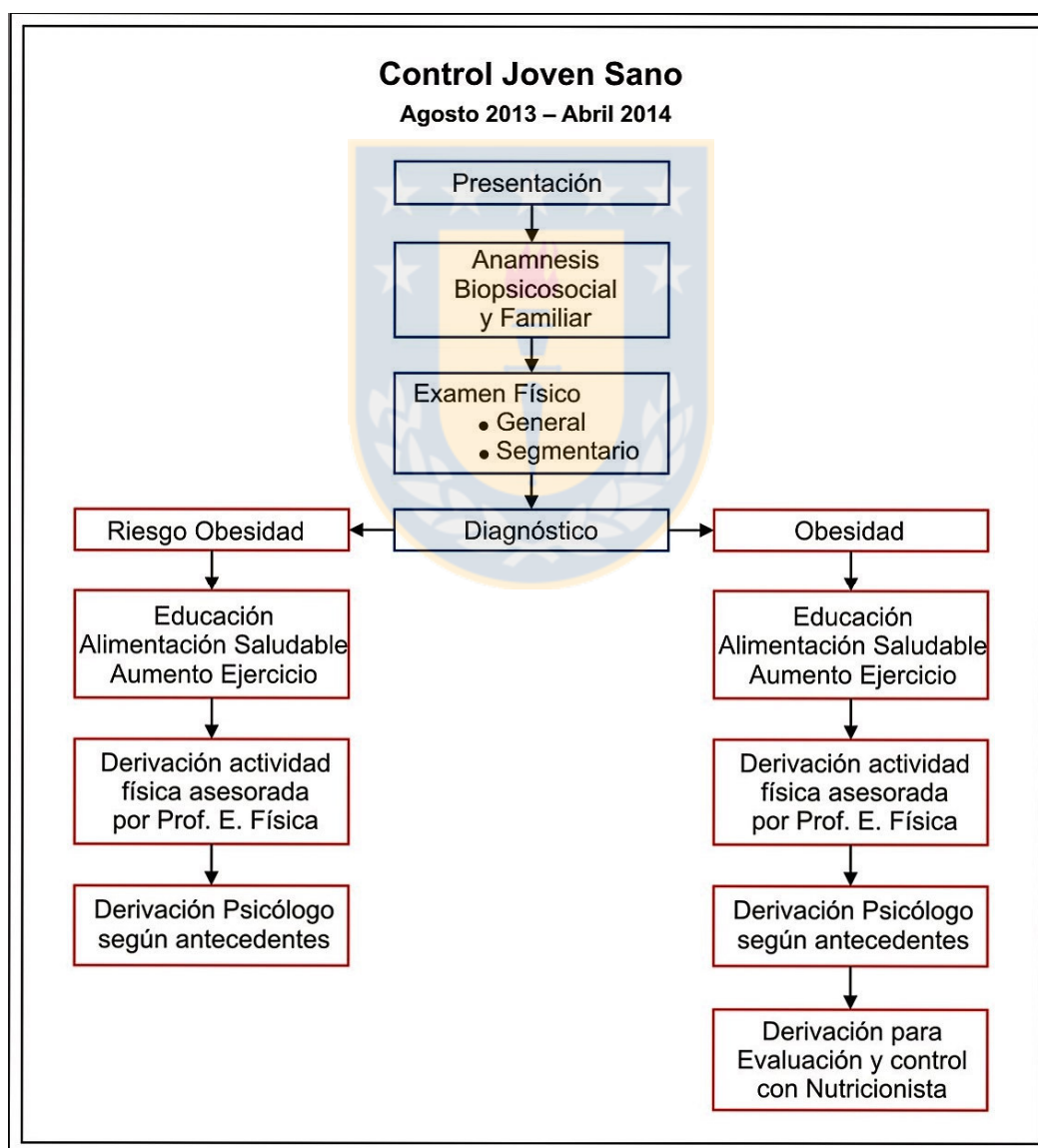
- Otros elementos del examen físico, involucra medición y evaluación de la presión arterial de acuerdo a tablas por niveles según edad, sexo y talla. Examen céfalo caudal que incluye test de agudeza visual con tabla de Snellen y de columna para determinar desviaciones.

Finalizada esta valoración, si el/la adolescente es diagnosticado/a con riesgo de obesidad (percentil de IMC 85 – 95) o con obesidad (percentil de IMC \geq a 95), se propone la siguiente intervención:

- Indicar alimentación saludable y aumento de ejercicio.
- A los/as adolescentes con obesidad deben ser derivados para manejo por nutricionista en su centro de salud.

Una representación gráfica del “Control Joven Sano” se presenta a continuación:

Figura 6. Algoritmo de Intervención aplicada al Grupo Control



Como se observa en la figura 6, la única modificación que se implementó en esta investigación, respecto a lo indicado por el programa nacional, tiene que ver con las derivaciones realizadas. Aquí, se incluyeron las mismas actividades y profesionales que participaron en las derivaciones del grupo intervención (actividad física, evaluación e intervención psicológica y nutricional), esto con la finalidad de controlar el efecto que puedan ejercer las actividades desarrolladas por estos profesionales, como variable interviniente en el estudio.

4.7.2 Consejería de Apoyo Decisional en Salud.

La consejería se ha definido como un proceso de intercambio y de apoyo cara a cara (160), orientada a explorar y clarificar sentimientos, pensamientos y actitudes que surgen en una persona, en relación con la situación de salud que está experimentando (160,161).

Es una herramienta eficaz en la ejecución de acciones de promoción de la salud (162), cuyos fundamentos se basan en el respeto a la autonomía y autodeterminación de las personas (160). Se considera fundamental que sea realizada por un profesional capacitado, generador de un ambiente propicio para que la persona conozca y entienda adecuadamente la información pertinente a su problema de salud, que realice una elección basada en el razonamiento y procesamiento de esa información y, que la decisión final sea tomada en forma voluntaria y autónoma (163).

En enfermería, la consejería se ha implementado con el objetivo de generar espacios de comunicación, facilitar la percepción de los propios riesgos, la adopción de prácticas más seguras para el manejo de situaciones de salud prevenibles y favorecer la adopción de estilos de vida saludable, entre otras (162). Todos estos objetivos se consideraron para implementar la intervención de Consejería de apoyo decisional en salud, propuesta en esta investigación.

Cuando la consejería es aplicada al trabajo con adolescentes se plantean algunos principios básicos (164):

- Debe estar centrada en las necesidades y requerimientos del adolescente, por lo que el/la consejero/a debe conocer al adolescente de forma personal e individualizada, desarrollando confianza, afinidad y vínculo.
- Se debe entregar asesoría, respetando y aceptando lo que cada persona es, expresándole consideración positiva a través del lenguaje y la comunicación no verbal.
- La escucha activa es la base de la consejería, manteniendo el interés, la atención y motivación. Para su aplicación es necesario que el adolescente se sienta en libertad para hablar sin inhibiciones, esto requiere de un ambiente acogedor y sin interrupciones.
- El rol del consejero/a no es directivo, sino un orientador respecto de las opciones, permitiendo que el adolescente encuentre soluciones desde sí mismo/a y que tome sus propias decisiones.

Además, se espera del/la consejero/a que (161,164,165):

- Identifique y utilice las fortalezas, recursos, habilidades y estrategias de manejo que posee el/la adolescente, para enfrentar desafíos y resolver situaciones problemáticas.
- Explore las necesidades y barreras que el/la adolescente manifiesta, analizando cómo ha resuelto sus problemas en el pasado.
- Descubra el significado que los/as adolescentes le asignan a la situación que están viviendo.
- Preste atención a la historia particular de cada adolescente, considerando sus características, género y valores individuales.
- Apoye a los/as adolescentes para que fijen metas específicas y realistas, orientando hacia metas alcanzables a corto, mediano y largo plazo.
- Reconozca la ambivalencia como una respuesta normal frente a experiencias de toma de decisiones.
- Sea flexible, creativo y que utilice pensamiento reflexivo.

- Identifique los problemas que sobrepasan su línea de acción y sea capaz de organizar la continuidad de la atención, con la participación de otros integrantes del equipo de salud.

En la presente investigación se aplicó una consejería de apoyo decisional en salud al grupo intervención. Esta consejería se sustentó en el “Modelo Conceptual de Ottawa” (70,77), su objetivo estuvo dirigido a permitir que los/as adolescentes reflexionen sobre su situación de salud, visualicen posibles soluciones, las jerarquicen según la importancia que ellos/as les otorgan, identifiquen las personas que necesitan para apoyar este proceso, y finalmente puedan tomar una decisión informada.

La consejería se realizó en el establecimiento educacional al que asistían los adolescentes participantes, el lugar proporcionado para este efecto variaba según la disponibilidad de infraestructura del liceo. Así, el espacio físico facilitado debió ser adaptado con un mobiliario de fácil traslado y cómodo para los/as adolescentes (ver figura 7).

Figura 7. Unidad para realización de consejerías



La consejería se denominó “Yo Decido sobre mi Salud”, estuvo constituida por una serie de cuatro sesiones de consejerías y cuatro sesiones de seguimiento (dos de ellas fueron online y dos personales). Cada sesión tuvo una duración de 20 a 30 minutos, se realizaron cada 4 a 5 semanas entre agosto de 2013 y junio de 2014. Se preparó material de trabajo para cada sesión, donde cada adolescente registró sus respuestas, análisis y metas según correspondía. Al finalizar la sesión, el/la adolescente tenía la opción de dejar su material en una carpeta individualizada con su nombre o llevárselo, en cuyo caso se solicitaba autorización para sacar una copia y mantenerla como parte de sus registros.

Además, para mantener un medio de comunicación permanente con los estudiantes se creó un grupo de facebook, lo que también permitió coordinar las sesiones de consejería y realizar el seguimiento durante el periodo de vacaciones escolares.

Figura 8. Grupo de facebook “Yo decido sobre mi salud”



La utilización de esta red social permitió establecer un sistema permanente de comunicación con los estudiantes. Durante el periodo de consejerías individuales fue utilizada para:

- Plantear dudas, directamente a la consejera, que surgieron posterior a la consejería.
- Plantear preguntas abiertas a todos los integrantes del grupo, por ejemplo, en el caso de la sesión de alimentación, respecto a que se consideraba una porción o equivalencias en relación a tipos y tamaños de frutas.
- Acordar sitios de encuentro para asistir en grupo a la actividad física.
- Realizar las citaciones a las sesiones de consejería.

Durante el periodo de seguimiento, se utilizó para:

- Planteamiento de preguntas ya sea de forma personal a la consejera o abiertas al grupo.
- Acordar reuniones de seguimiento.
- Realizar dos de las sesiones de seguimiento en el periodo de vacaciones, en estos casos se utilizó el sistema de videollamada o chat según posibilidades y preferencias de cada estudiante.
- Publicación de fotografías que mostraban las actividades que estaban realizando durante el periodo de vacaciones, en la mayor parte de los casos se trató de alguna actividad física (caminatas, uso de bicicletas, natación) o fotos de actividades familiares que quisieron compartir los estudiantes.

Retomando la consejería realizada, esta se concibió para ser desarrollada en dos fases:

- La primera tuvo por finalidad que los/as adolescentes analizaran las opciones de manejo de su situación nutricional, reconocieran las diferencias de esas opciones, analizaran sus actuales comportamientos y, que evaluaran los aspectos positivos y negativos que observaban en cada una de las nuevas opciones.

Estas sesiones fueron comunes para todos los integrantes del grupo intervención, al finalizarlas pudieron decidir si estaban en condiciones de tomar una decisión. Según el tipo de respuesta, se implementaron dos tipos de sesiones de seguimiento.

- Para aquellos/as que decidieron realizar cambios, recibieron apoyo para avanzar en su implementación. Por otro lado, aquellos que decidieron no realizar cambios o que no estaban preparados/as para tomar una decisión, se les acompañó en el proceso de re-evaluar las opciones y analizar aquellas que sentían más cercanas.

Para establecer la estructura general de la consejería, se utilizó la propuesta del Modelo Conceptual de toma de decisiones en salud de Ottawa (58), por lo que las sesiones se organizaron en conjunto con los/as adolescentes, ellas contemplaron las opciones para manejar su situación de salud.

Además, para establecer el contenido de las sesiones se realizó una búsqueda de las opciones de manejo de la malnutrición por exceso. Se encontró que existe consenso entre los expertos, que la forma más efectiva y eficiente, a largo plazo, de disminuir las alteraciones nutricionales por exceso consiste en mantener un equilibrio entre los hábitos saludables de alimentación y actividad física (36-39,45). Así, se seleccionaron los elementos de análisis para las opciones de hábitos saludables de alimentación y actividad física, considerando principalmente las sugerencias de la OMS/OPS (36), expertos internacionales (166,167) y del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile (INTA) (168,169).

Para alimentación los aspectos seleccionados fueron:

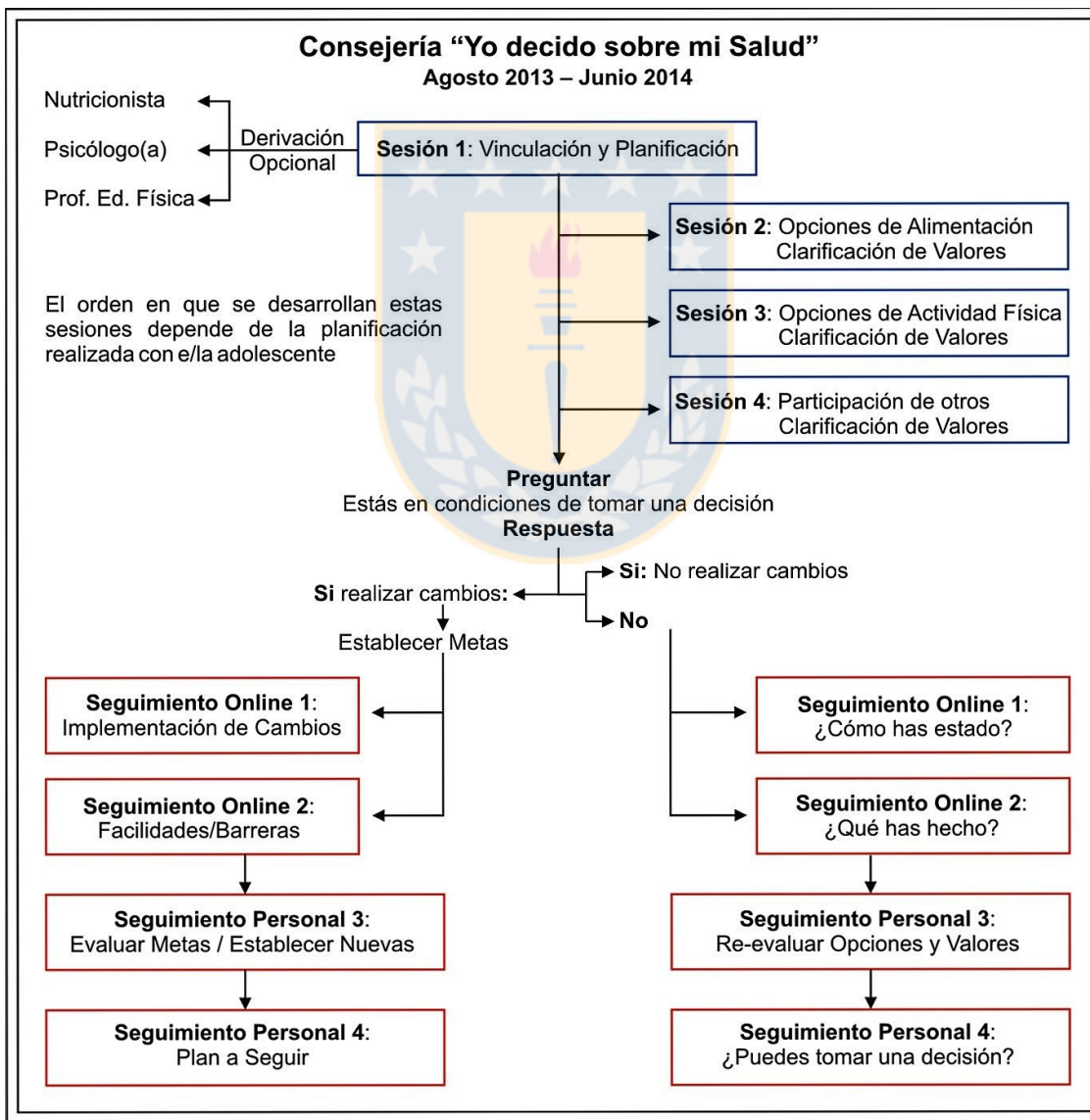
- Análisis de la cantidad, frecuencia y características de los alimentos consumidos por los/as adolescentes, para lo que se aconseja registro de alimentación.
- Análisis de las características de una alimentación saludable. Respecto a frecuencia, porciones y características de los alimentos recomendados para adolescentes.
- Conocimiento general de los nutrientes y lectura de etiqueta de alimentos procesados.

En el caso de la actividad física:

- Análisis de la cantidad, frecuencia y características de actividad física realizada; se aconseja registro semanal.
- Análisis las características de una actividad física saludable y recomendada para adolescentes.

A continuación, se presenta un diagrama de las sesiones de consejería implementadas:

Figura 9. Algoritmo de Consejería de Apoyo Decisional en salud



Las figuras 6 y 9 muestran que, como parte de las intervenciones, se programaron derivaciones nutricionales, psicológicas y de actividad física. Tanto los/as adolescentes del grupo intervención como del grupo control podían ser derivados a estas actividades. Para evitar algún tipo de sesgo, las derivaciones fueron coordinadas por la tesista y los profesionales que las realizaron no tenían acceso a conocer a qué grupo pertenecían los estudiantes.

Las características de las derivaciones realizadas se describen a continuación:

Nutricionista: Se contactó a la académica Carina Valenzuela Avendaño, nutricionista encargada de la cátedra “Dietética en Pediatría”, de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso, quién a través de una actividad de extensión universitaria, realizó los controles de los/as adolescentes.

Los/as estudiantes fueron citados y atendidos/as individualmente en la Unidad Clínica de la Escuela de Nutrición, lugar que se encuentra a una distancia de cinco a seis cuadras del establecimiento educacional donde asistían los adolescentes.

El control nutricional realizado fue el equivalente al aplicado en la consulta de atención primaria (53), consistió en la aplicación de una entrevista nutricional detallada, evaluación física especializada de estado nutricional que incluyó antropometría y evaluación de grasa corporal a través de medición de pliegues, cálculo calórico y distribución por porcentaje de nutrientes de acuerdo a cada situación, acompañado de educación nutricional. En el caso de los/as adolescentes con obesidad se realizó evaluación al mes del primer control.

Profesor de Educación Física: Se coordinó con el profesor Carlos Céspedes Chaparro, director del Departamento de Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad de Valparaíso, quién a través de una actividad de extensión a la comunidad, facilitó las instalaciones e implementación del gimnasio de la Universidad de Valparaíso, para desarrollar el programa de actividad física. Se contrató a profesores educación física con diferentes especialidades, quienes desarrollaron las actividades.

El programa de actividad física se desarrolló entre agosto y diciembre de 2013, contempló tres unidades:

1. Mejorando la condición física:

- Práctica motriz para orientada al desarrollo de capacidades físicas.
- Ejercicio y esfuerzo físico.
- Actividad física aeróbicas y anaeróbicas.
- Juegos de actividad, entretención e integración grupal.

2. Practicando deportes:

- Juegos motores, coordinación y habilidades técnicas.
- Juegos de colaboración sin balón.
- Juegos de colaboración con balón y la toma de decisiones.
- Juegos de atletismo: carreras, lanzamientos y saltos.

3. Actividad física y música:

- Baile y recreación.
- Uso correcto de máquinas de ejercicio disponibles en áreas públicas: series de ejercicios y repeticiones.

Figura 10. Sesión de Actividad Física



Se programaron ocho sesiones para cada unidad, las actividades tuvieron una duración de 1,5 horas y se implementaron durante dos tardes a la semana (una asignada para los/as estudiantes del grupo intervención y la otra para el grupo control). Desde el inicio de la intervención, todos/as los estudiantes fueron invitados a participar de esta actividad.

Psicólogo: Se contrató al psicólogo Paul Betancourt Escarpentier, quien contaba con experiencia en trabajo con adolescentes, ya que se desempeñaba como parte del Programa de Integración Escolar (PIE) de otro liceo de Valparaíso.

La consulta psicológica se realizó en una de las sedes del establecimiento educacional. Los/as estudiantes que requirieron esta derivación, participaron de las siguientes actividades:

- Evaluación inicial donde se indagaron antecedentes generales, personales y familiares, orientados a buscar factores ansiógenos que pudieran estar afectando su estado nutricional, según esta primera evaluación se determinaba la necesidad de coordinar nuevas sesiones según la necesidad de cada estudiante.
- En las entrevistas siguientes, se trabajó con los adolescentes:
 - Técnicas de relajación (mediante imaginación).
 - Evaluación de listado de situaciones potencialmente estresantes y se realiza focalización, con el objetivo de establecer diagnóstico de su capacidad de contacto emocional.
 - Reflexión en torno a resolución de situaciones conflictivas.
 - Trabajo de valoración de recursos personales.
- En el caso de los/as adolescentes que requirieron continuar con apoyo psicológico se realizó la coordinación con psicólogo del Liceo.

Sesiones de Consejería de Apoyo Decisional

En seguida se presentan en detalle cada una de las sesiones de la consejería “Yo decido sobre mi salud”, los objetivos, materiales y las actividades implementadas con los/as adolescentes, además se adjuntan algunas imágenes de esas actividades, presentadas como ejemplos. Todo el material utilizado se encuentra en el anexo F.

Sesión 1: Vinculación y Planificación.

Duración: 30 minutos.

Objetivo General de la Sesión: Establecer un conocimiento del/la adolescente y planificar las sesiones de la primera fase de la consejería.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Expresar sus motivaciones, reconozca sus recursos y razones que lo/la impulsan a participar.
- Planificar las próximas sesiones de consejería y derivaciones según sus intereses.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de primera sesión de consejería, lápices y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Revisar los aspectos más importantes del instrumento recolector de datos: estado nutricional, familia con la que vive, si ha recibido tratamiento previo, existencia de conflicto decisional.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

Desarrollo de Consejería:

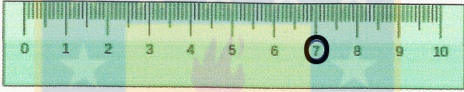
- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Explicar la metodología de las consejerías y los objetivos de la primera sesión.

- Mostrar la carpeta y explicar que será para el trabajo individual realizado en cada sesión y que los registros serán realizados por cada participante, para iniciar pedir que escriba su nombre.
- Preguntar al adolescente ¿qué lo/la motivó a participar de esta intervención?

Proponer Ejercicio N°1: Escala de importancia, pedir al/la adolescente que indique en una escala de 1 a 10 ¿cuál es la importancia que le asignas a participar en la consejería?, luego de su elección preguntar ¿porqué no escogió un número menor al indicado? y ¿qué debería pasar para aumentar el número indicado? (Ver ejemplos en figura 11).

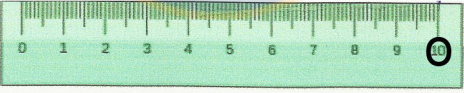
Figura 11. Ejemplos de aplicación de escala de importancia

Ejercicio 1. Marca en la regla que aparece a continuación cuál es la **IMPORTANCIA** que tiene para ti participar en esta Consejería



Porqué no un número Menor Qué debería pasar para aumentar el número

Mi salud es importante	es difícil cuidarse.
quiero bajar de peso.	



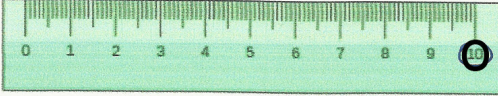
Porqué no un número Menor Qué debería pasar para aumentar el número

A tengo Antecedentes	
familiares de problemas	
A la insulina	

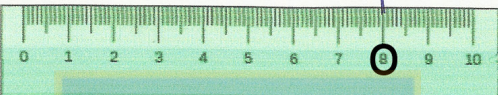
Proponer Ejercicio N°2: Escala de confianza, pedir al/la adolescente que indique en una escala de 1 a 10 ¿cuál es el nivel de confianza que tienen en qué la consejería le ayudará a lograr lo que quiere?, luego de su elección preguntar ¿porqué no escogió un número menor al indicado? y ¿qué debería pasar para aumentar el número indicado? (ver ejemplos en figura 12).

Figura 12. Ejemplos de aplicación de escala de confianza

Ejercicio 2. Marca en la regla que aparece a continuación cuál es nivel de CONFIANZA que tienes en que la Consejería te ayudará a lograr lo que quieres.



Porqué no un número Menor	Qué debería pasar para aumentar el número
con el Apoyo creo que podria ser más fácil para:	tengo ganas de Participar



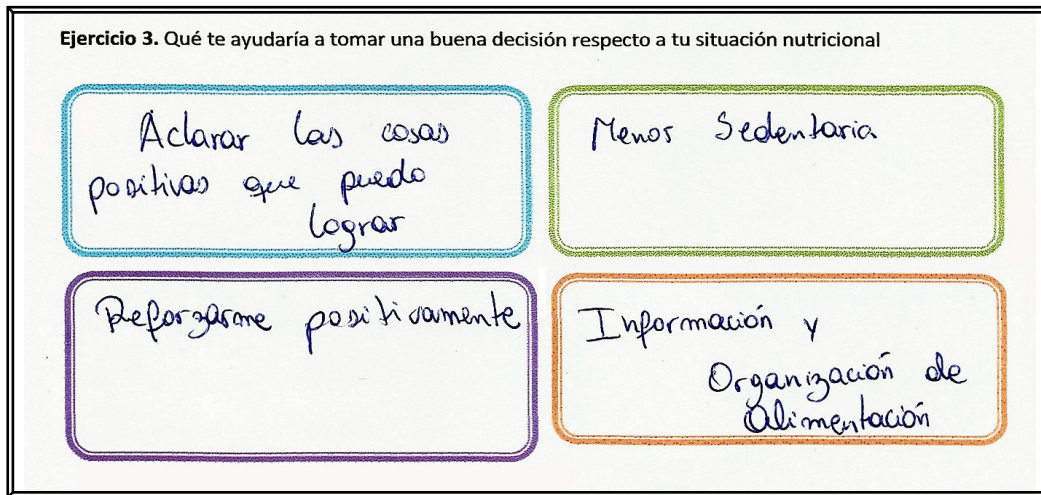
Porqué no un número Menor	Qué debería pasar para aumentar el número
veo que Hay Motivación para Apo y AGENOS.	Estoy dispuesta a participar el 100%!

- Realizar breve resumen rescatando los aspectos más importantes de la motivación para el manejo de malnutrición por exceso y los aspectos positivos del ejercicio de importancia y confianza.

Proponer Ejercicio N°3: Preguntar al adolescente ¿Qué le ayudaría a tomar una decisión sobre el manejo de su situación nutricional? Utilizar evocación de experiencias (facilitar que aparezca la motivación desde dentro, haciendo que el adolescente pueda generar sus propias soluciones), reflejos (devolviendo la información entregada por el/la adolescente durante la entrevista, captando el sentimiento que se esconde tras sus palabras) y afirmaciones (frases de reconocimiento y valoración para aumentar su percepción de capacidad) (170).

Pedir que escriba sus principales conclusiones en recuadros (ver figura 13)

Figura 13. Ejemplos de aspectos que ayudarían a tomar una decisión



Proponer Ejercicio N°4: Planificación (ver ejemplos en figuras 14 y 15).

- Explicar al/la adolescente las próximas consejerías: Alimentación, Actividad Física y Participación de Otros y realizar en conjunto una planificación de sesiones de acuerdo con las conclusiones del ejercicio 3.
- Explicar las actividades de derivación a las que puede optar y planificar en conjunto en cual/es le gustaría participar.

Figura 14. Ejemplos de planificación de sesiones de consejerías

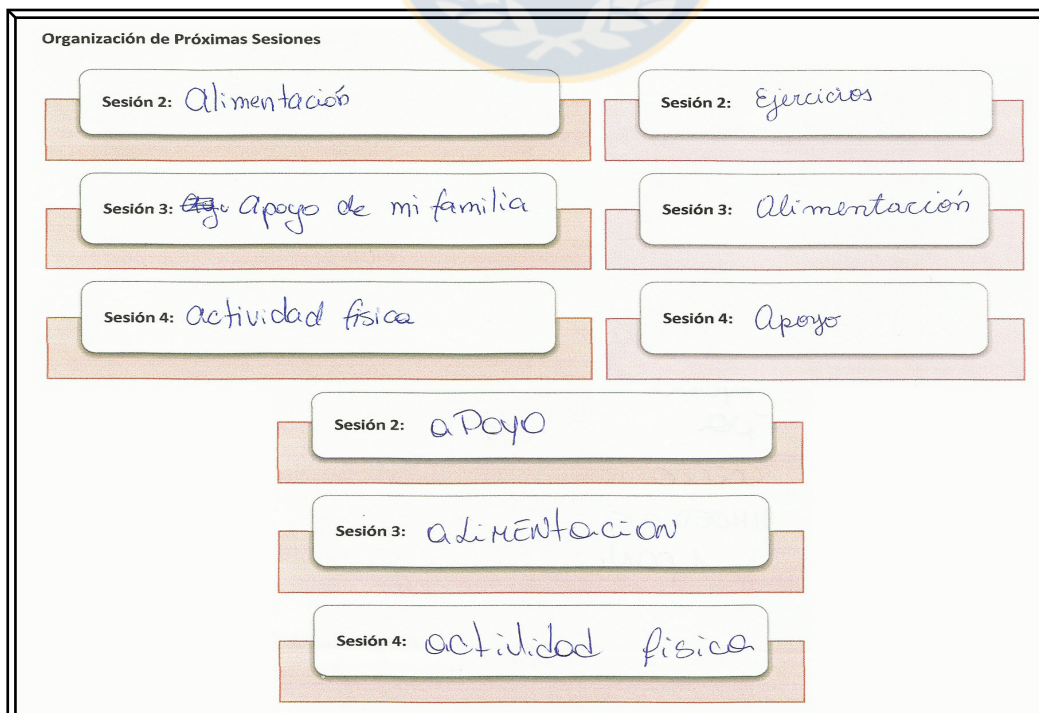


Figura 15. Ejemplos de planificación de derivaciones

Participación de Otros Profesionales:

1	Nutricionista	1	Profesor de Ed. física (Jueves)
2	Psicólogo	2	
3	Prof. Ed. física	3	
1			
2			
3			

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla, señalar que a través del grupo de facebook se realizará la citación para la próxima consejería y se enviará información de las derivaciones si corresponde.
- Ofrecer una colación saludable y agradecer la participación, invitando a la próxima consejería.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- ¿qué le ha parecido la primera sesión?
- Indique su principal motivación y tres razones que estimulen su participación.
- Recuerde la planificación de consejerías y derivaciones.

Estrategias Complementarias: Coordinar derivación con los profesionales que podrían ayudar al/la adolescente a tomar su decisión.

Sesión 2: Opciones de Alimentación / sus pro y contras

Duración: 20 – 30 minutos

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente identifique las opciones de alimentación saludable y clarifique sus valores respecto a ellas.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Analizar sus hábitos de alimentación, cuantificando su ingesta.
- Conocer las recomendaciones de alimentación saludable para la etapa de vida.
- Analizar los pro y contras de implementar hábitos de alimentación saludables.
- Aprender a leer la información nutricional de los alimentos procesados.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de segunda sesión de consejería, lápices, computador (convertidor de calorías), material educativo de alimentación, etiquetas nutricionales, registro de ingesta y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.






Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Solicitar realizar un resumen de los aspectos que más destacarían de la sesión anterior (puede revisar su carpeta y registros), completar la información de ser necesario.
- Solicitar que evalúe las actividades realizadas en las derivaciones si corresponde.
- Explicar los objetivos de la segunda sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Solicitar al/la adolescente que recuerde y registre toda la alimentación consumida el día anterior a la sesión. Posteriormente se realiza una conversión a calorías consumidas, para tener una referencia de comparación (ver figura 16).

En los casos en que el registro de ingesta era muy bajo o no concordaba con el estado nutricional del/la adolescente, se le solicitó realizar registro de todo lo consumido en los cinco días siguientes (incluyendo un día de fin de semana o festivo) y se coordinó una nueva sesión con la información recolectada (54). Esto se utilizó en tres casos y ayudó a que los/as estudiantes dimensionaran su ingesta real, en todos ellos el registro de lo ingerido (a lo menos) duplicó lo informado en la primera oportunidad y les permitió darse cuenta de la subvaloración que realizaban de su consumo.






Figura 16. Ejemplo de registro de alimentación y cuantificación calórica

Ejercicio 1. Indica que comes habitualmente en cada comida...		Calorías
	TÉ 2 COCHARADA 1 AÇA leche y PAN	40 243 70 146 243 75 = 821
	_____	
	Almuerzo Almuerzo de CASA Pideos	680 660 = 1340
	_____	
	TÉ 2 COCHARADA 1 BATIDO PAITA	40 243 150 = 433
	POROTOS ESALADA pepino	800 16 = 816 3412

Analizando la Alimentación Saludable (166,168,169):

- Hacer dieta puede generar perdidas de peso, pero cuando es estricta se suprime la ingesta de nutrientes importantes, especialmente durante la adolescencia.
- Saltarse comidas no mejora el estado nutricional, solo disminuye el metabolismo y con ello el gasto de energía, aumentando las reservas.
- Se recomienda que los adolescentes consuman a lo menos 3 comidas diarias y dos colaciones.
- Es importante el consumo de alimentos de todos los grupos de nutrientes y en porciones recomendadas, se entrega díptico con guía de alimentación para adolescentes preparado por el INTA (169) (ver figura 17).


Figura 17. Díptico de guía de alimentación para adolescentes

ALIMENTO	CANTIDAD POR DÍA	1 PORCIÓN ES IGUAL A
 Lácteos descremados Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B	3 porciones	• 1 taza de leche descremada • 1 yogurt bajo en calorías • 1 trozo de quesoillo 3x3 cm • 1 rebanada de queso blanco • 1 lámina de queso mantecoso
 Pescado, carne y huevos Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre	1 porción	• 1 presa de pescado • 1 presa de pollo o pavo sin piel • 1 bistec a la plancha o asado (carne magra) • 1 huevo • 1 taza de legumbres
 Verduras Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética	3 porciones	• 1 plato de lechuga, repollo, coliflor, apio o brócoli • 1 tomate regular • 1 taza de acelgas, espinacas, zanahorias, belarragos o zapallitos
 Frutas Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética	2 porciones	• 1 naranja, manzana, pera o membrillo • 2 duraznos, kiwis o tunas • 2 damascos o ciruelas • 1 rebanada de melón • 1 taza de uvas o cerezas
 Pan, cereales y papas Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas	2 a 3 porciones	• 1 hallulla o marraqueta • 2 rebanadas de pan integral • 2 rebanadas de pan molido • 6 galletas de agua o soda • 1 taza de arroz, fideos o papas cocidas • 1 taza de chochos, habas o arvejas frescas

Este plan de alimentación incluye la pequeña cantidad de aceite que se agrega a las ensaladas / Incluir una pequeña cantidad de azúcar y sal.

Consejos prácticos

- Lee y compara las etiquetas de los alimentos y prefiere los que tengan menos grasas, azúcar y sal (sodio).
- Si quieres tener un peso saludable, evita el azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados. Come alimentos con poca sal y saca el salero de la mesa.
- Cuida tu corazón evitando las frituras y alimentos con grasas como cecinas y mayonesa.
- Para tener un peso saludable, come sano y realiza actividad física diariamente.
- Pasa menos tiempo frente al computador o la tele y camina a paso rápido, mínimo 30 minutos al día.
- Come 5 veces verduras y frutas frescas de distintos colores, cada día.
- Para fortalecer tus huesos, consume 3 veces en el día lácteos bajos en grasa y azúcar.
- Para mantener sano tu corazón, come pescado al horno o a la plancha, 2 veces por semana.
- Consume legumbres al menos dos veces por semana, sin mezclarlas con cecinas.
- Para mantenerte hidratado, toma 6 a 8 vasos de agua al día.



Proponer Ejercicio N°2: Analizar con el/la adolescente en los posibles cambios que podría implementar en su alimentación (considerando los conocimientos adquiridos), estableciendo los pro y contras de cada caso (ver figura 18).

Figura 18. Ejemplo de pro- contras de comidas que podría implementar

Ejercicio 2. Qué opciones tienes para cada comida	
<p>Desayuno u Once</p> <p>1 taza de Leche 1 té con leche 1 yogurt 1 rebanada de pan con margarina y mermelada 1 TÉ + BANETA SALUADO + FRUTA ONCE 2 TÉ + BATIDO</p>	<p>Pros</p> <p>DESMINUIR LOS TIEMPOS DE AYUNO</p> <p>Contra</p> <p>LEVANTARME + TEMPRANO</p>
<p>Colación Mañana o tarde</p> <p>1 fruta 4 galletas pequeñas Agua 1 FRUTA DE MÑN Y DE TARDE</p>	<p>Pros</p> <p>ACTIVAR EL METABOLISMO</p> <p>Contra</p> <p>TRAER MANZANA AL LICEO</p>
<p>Almuerzo o Cena</p> <p>Carnes: pollo sin piel, pescado, pavo, vacuno Legumbres: porotos, garbanzos, lentejas Fideos: elegir las lisas Ensaladas: 3 porciones Agua ALMUERZO AL LLEGAR A LA CASA →</p>	<p>Pros</p> <p>Contra</p> <p>HABLAR CON ABUELA PARA ↓ PORCIÓN</p>

Lectura de Etiquetas: Analizar con el/la adolescente los elementos más importantes en una etiqueta nutricional.

Porciones por envase, ya que habitualmente un envase tiene más de una porción. La información puede ser entregada por 100 grs. de contenido aunque la porción sea de un peso mayor.

Una buena colación contiene:

- Energía o calorías por porción= máximo 150Kcal.
- Hidratos de carbono o azúcares por porción= máximo 15 grs.
- Grasa total por porción= máximo 5 grs.

Proponer Ejercicio N°3: Entregar una serie de etiquetas para que el adolescente pueda leer sus etiquetas y determinar que tan buena es como colación (ver figura 19). El/la adolescente debe escoger tres etiquetas para realizar la actividad.

Figura 19. Ejemplo de lectura de etiquetas nutricionales

Segunda Sesión: Opciones de Alimentación – Sus Pro y sus Contra: Leer Etiquetas

Galleta Morocha		Lay's Papas Fritas	
Hechos Nutricionales	por 1 porción (25 g)	Hechos Nutricionales	por 1 porción (34 g)
Energía	519 kJ 124 kcal	Energía	741 kJ 177 kcal
Proteína	1,3 g	Proteína	2,4 g
Grasa	5,3 g	Grasa	11 g
Grasa Saturada	3,8 g	Grasa Saturada	1,4 g
Grasa Poliinsaturada	0,28 g	Grasa Poliinsaturada	4,6 g
Grasa Monoinsaturada	0,75 g	Grasa Monoinsaturada	5,3 g
Grasa Trans	0,09 g	Grasa Trans	0 g
Colesterol	1 mg	Colesterol	0 mg
Carbohidrato	17,8 g	Carbohidrato	17 g
Sodio	43 mg		

Handwritten annotations:
 - For Galleta Morocha: Energy (124 kcal) → Hasta 150; Fat (5.3 g) → Hasta 5; Carbohydrate (17.8 g) → Hasta 15.
 - For Lay's Papas Fritas: Energy (177 kcal) → > 150; Carbohydrate (17 g) → > 15.

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla, señalar que a través del grupo de facebook puede realizar preguntas si surgen, además se realizará la citación para la próxima consejería y se enviará información de las derivaciones si corresponde.
- Ofrecer una colación saludable y agradecer la participación, invitando a la próxima consejería.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- ¿qué le ha parecido la segunda sesión?
- Las opciones que visualiza con mayores posibilidades de implementar y por qué.

Estrategias Complementarias: Coordinar con los profesionales responsables de las derivaciones para retroalimentar las actividades según la percepción de lo/las adolescentes.

Sesión 3: Opciones de Actividad Física / sus pro y contras

Duración: 20 – 30 minutos

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente identifique las opciones para aumentar su actividad física y clarifique sus valores respecto a ellas.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Analizar los hábitos de actividad física, cuantificando la pérdida energética que esto significa.
- Conocer las recomendaciones de actividad física para esta etapa de vida.
- Analizar los pro y contras de implementar nuevos hábitos de actividad física.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de la tercera sesión de consejería, computador (contador de calorías), material educativo, lápices y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Solicitar realizar un resumen de los aspectos que más destacarían de la sesión anterior (puede revisar su carpeta y registros), qué reflexiones o ideas surgieron posterior a la última sesión y completar la información de ser necesario.
- Solicitar que evalúe las actividades realizadas en las derivaciones si corresponde.
- Explicar los objetivos de la tercera sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Solicitar al/la adolescente que recuerde y registre toda la actividad física que ha realizado cada día de la última semana. Considerando actividad física aquella que practica por (a lo menos) 30 minutos consecutivos (167).

Posteriormente, se realiza una conversión de la/s actividad/es registrada/s en calorías perdidas, como una forma cuantificar la actividad en una medida ya conocida por los participantes (ver figura 20).

Figura 20. Ejemplo de registro de actividad física y cuantificación calórica

Ejercicio 1. Indica que actividades físicas actualmente realizas...			Calorías
Lunes	Gimnasio 1:00 hrs		420
Martes			
Miércoles	Ejercicio 30 min		60
Jueves			
Viernes			
Sábado	Ejercicio 30 min		60
Domingo			

La actividad “gimnasio” mostrada en la figura 20, corresponde a la derivación de actividad física propuesta por esta intervención.

Proponer Ejercicio N°2: Presentar al/la adolescente un listado de actividades físicas, de fácil acceso, que podría ser opciones para el/ella. Indicarles que lea cada una de las propuestas y señale cuales le parecen interesantes o posibles de realizar (figura 21).

Figura 21. Ejemplo de elecciones de actividad física posible de realizar

Ejercicio 2. Qué actividades te parecen posibles de realizar

Actividad	Gasto de energía	Podría ser	No creo	Podría ser	No creo
1. Caminar lento	240 Kcal/hora		X	✓	
2. Caminar rápido	380 Kcal/hora		X	✓	
3. Trotar	900 Kcal/hora		X	✓	
4. Correr	1200 Kcal/hora		X		X
5. Bicicleta lento	240 Kcal/hora	X			X
6. Bicicleta rápido	410 Kcal/hora		X		X
7. Nadar moderado	350 Kcal/hora	X		✓	
8. Saltar cuerda	750 Kcal/hora	X		✓	

Analizando las características de la actividad física (166,167):

- Se recomienda realizar mínimo tres veces a la semana.
- Lo mejor es ejercitarse entre 20 a 60 minutos cada vez, ya que solo después de los 20 minutos comienzas a utilizar energía de tus reservas.
- El ejercicio libera hormonas llamadas endorfinas, estas provocan que te sientas bien contigo mismo, mejoran tu autoestima, evitan que te enfermes al mejorar el sistema inmunitario, entre otros.
- Cuando te ejercites no tomes bebidas azucaradas, ya que no te permiten quemar tu grasa de reserva.
- Realizar ejercicio acompañado es más entretenido y te estimula a mejorar, busca un amigo de ejercicios.
- La constancia es la clave para que el ejercicio aporte a mejorar tu estado nutricional.
- La actividad física es complementaria a la organización de la alimentación.

Proponer Ejercicio N°3: Solicitar al/la adolescente que piense en las actividades que realiza cada día de la semana y luego analice si en alguno de ellos tendría disponibilidad de incorporar actividad física (ver figura 22).

Figura 22. Ejemplo de disponibilidad de tiempo para actividad física

Ejercicio 3. Qué días de la semana tienes tiempo cómo para realizar Actividad Física

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
✓		✓		✓		

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				✓	✓	✓

Proponer Ejercicio N°4: Analizar con el/la adolescente cuales serían los aspectos positivos que puede visualizar al realizar actividad física y cuáles son los aspectos negativos que podrían tener (figura 23). Luego pedirle que imagine poner en una balanza esos pro y contras, decidiendo cuál de ellos tienen un mayor peso o valor para el estudiante.

Figura 23. Ejemplo de pro y contras de realizar actividad física

Ejercicio 4. Aspectos positivos y negativos de realizar Actividad Física

Pro	Contra
<p>Mejorar estado físico Sentirme mejor * Mejorar el ánimo</p>	<p>ESTAR ENFERMO Flojera</p>
Pro	Contra
<p>Me gusta Bailar y continuar Alcanzan objetivo. Sentirme bien conmigo misma</p>	<p>_____</p>

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla, señalar que existe la posibilidad de aprender más sobre la ejecución de actividad física participando en la derivación con profesores de educación física.
- Usar como medio de comunicación el grupo de facebook, donde puede realizar preguntas, además se realizará la citación para la próxima consejería y se enviará información de las derivaciones si corresponde.
- Ofrecer una colación saludable y agradecer la participación, invitando a la próxima consejería.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- ¿qué le ha parecido la tercera sesión?
- Las opciones que visualiza con mayores posibilidades de implementar y por qué.

Estrategias Complementarias: Coordinar con los profesionales responsables de las derivaciones para retroalimentar las actividades según la percepción de lo/las adolescentes.

Sesión 4: Participación de otros en la decisión / sus pro y contras

Duración: 20 – 30 minutos.

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente identifique las personas significativas como fuentes de apoyo o presión para tomar esta decisión y que clarifique sus valores respecto a ellas.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Identifique las personas importantes para apoyar una eventual decisión y en qué aspecto podrían apoyar.
- Identifique las personas importantes que han ejercido presiones para tomar una decisión frente a esta situación y encontrar alternativas para manejarlas.
- Determine si tiene los elementos para tomar una decisión y comenzar a implementarla.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de la cuarta sesión de consejería, etiquetas, lápices y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

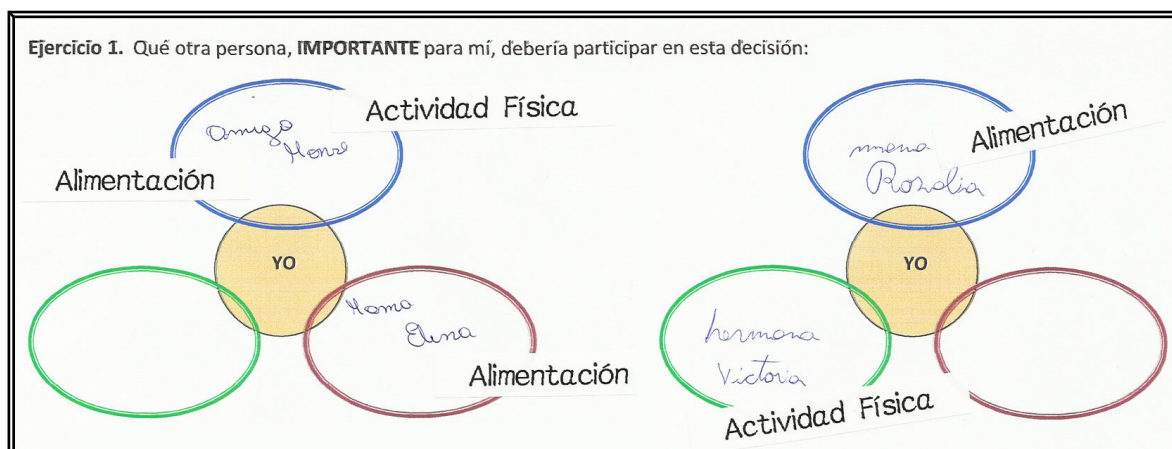
Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Solicitar realizar un resumen de los aspectos que más destacarían de la sesión anterior (puede revisar su carpeta y registros), qué reflexiones o ideas surgieron posterior a la última sesión y completar la información de ser necesario.
- Solicitar que evalúe las actividades realizadas en las derivaciones si corresponde.
- Explicar los objetivos de la cuarta sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Solicitar al/la adolescente que piense en las personas que serían importantes para apoyar su decisión, registrándolas en los círculos del ejercicio 1 (figura 24).

Además, entregar etiquetas que señalen “alimentación” y “actividad física”, solicitar que piense en cuál de estos aspectos podrían participar las personas significativas identificadas, y pegar las etiquetas sobre los círculos.

Figura 24. Ejemplo de personas importantes para tomar la decisión



Proponer Ejercicio N°2: Preguntar al/la adolescente si se ha sentido/a presionado/a por alguna persona importante para el/ella, para tomar decisiones respecto a su estado nutricional, solicitar que indique quién es la persona y de qué forma ha ejercido presión (ver figura 25).

Figura 25. Ejemplos de personas que han ejercido presión

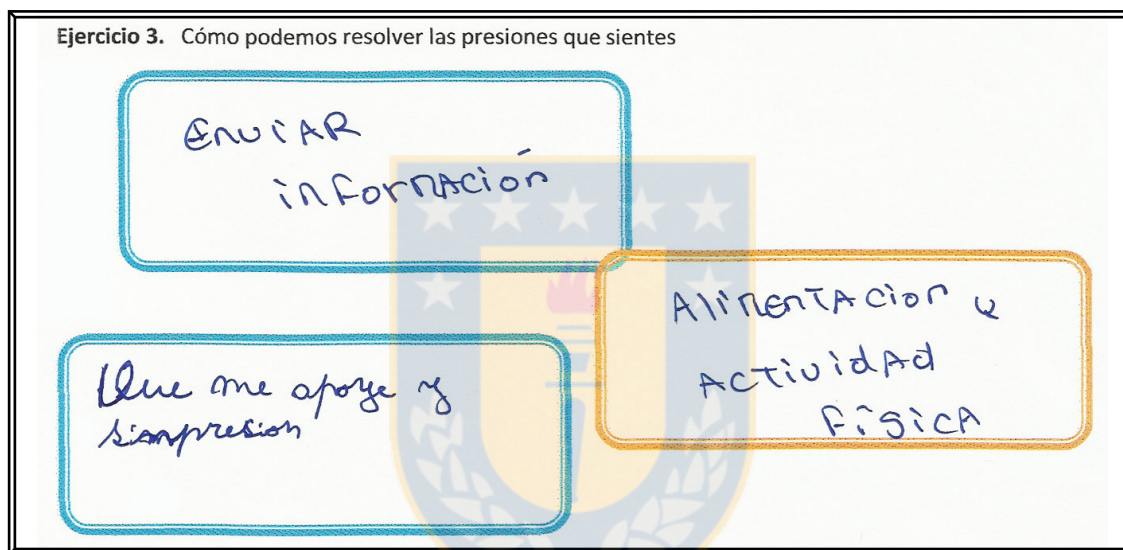
Ejercicio 2. Me he sentido presionado/a para tomar decisiones de mi estado nutricional:

Persona	Porqué me he sentido presionado/a
Pa Pa'	me dice que estoy gorda, me me insiste a ser más actividad física
Persona	Porqué me he sentido presionado/a
Mama	Permanente me dice que estoy gorda y que no debo comer tanto

Proponer Ejercicio N°3: Analizar en conjunto con el/la adolescente las estrategias se podrían implementar para manejar las presiones ejercidas por las personas identificadas (ver figura 26). Algunos ejemplos de las estrategias planteadas fueron:1) hablar con las personas (familia), agradecerles por la

preocupación pero también explicarles los sentimientos que les producen cuando los/as presionan; 2) que la enfermera a cargo de las consejería envíe una carta dirigida a la persona significativa, señalando que el/la adolescente estaba participando en esta intervención, las actividades realizadas hasta ahora y cómo podría apoyarlo/a; 3) enviar información por escrito a la persona significativa, respecto a alimentación saludable, porciones y tipos de alimentos, etc. Luego analizar la posibilidad de poner en práctica las estrategias analizadas.

Figura 26. Ejemplos de estrategias para manejar las presiones



- Realizar un resumen de los aspectos más importantes revisados entre las sesiones 2 y 4, realizando afirmaciones del trabajo realizado.

Tomado decisiones: Preguntar al/la adolescente, si con los conocimientos adquiridos hasta ahora, estaría en condiciones de tomar alguna decisión. Si la respuesta es sí, pedirle que señale tres metas que se le gustaría plantearse para cumplir durante el tiempo de las vacaciones, deben ser metas realistas o alcanzables durante el verano (ver figura 27).

En el caso que la respuesta sea que no está en condiciones de tomar una decisión o, que ha tomado la decisión de no hacer nada, indicar que está bien, que tomar

decisiones no siempre es fácil y que es mejor estar seguro. Además, recordar que la consejería continuará al regreso de las vacaciones.

Figura 27. Ejemplos de metas establecidas por los/as adolescentes

Estableciendo Metas

Mejorar mi alimentación: Tomar agua (2) comer mas verduras y 2 panes al día

Salir a trotar con mi hermana 3 tardes

Hablar con mi mama para que me ayude a comer sano

Bajar 3 kilos

andar en bicicleta con mi primo (fin de semana)

Dejar la comida chatarra

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla.
- Indicar que durante las vacaciones se utilizará el grupo de facebook como medio de comunicación.
- Ofrecer una colación saludable y agradecer la participación, invitando a la próxima consejería que se realizará a la vuelta de vacaciones.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- ¿qué le ha parecido la cuarta sesión?
- ¿cómo se siente frente a las metas establecidas?

Sesiones de seguimiento online para adolescentes que establecieron metas

Sesión 5 vía facebook: Implementación de cambios Duración: 15 minutos	
Objetivo General de la Sesión	- Determinar los cambios implementados y cuales aún no ha podido llevar a cabo.
Objetivos Específicos para el/la adolescente	- Identificar las actividades que ha realizado para alcanzar las metas establecidas. - Identificar las actividades que no ha podido realizar.
Preparación previa	- Agendar con el/la adolescente día y hora de la reunión. - Revisar en la carpeta del/la adolescente: 1. Estrategia para manejo de las presiones de las personas significativas. 2. Metas que se propuso en la última sesión de consejería.
Desarrollo de consejería	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿cómo has estado? - ¿Te ha surgido alguna duda desde la última consejería? - ¿pudiste poner en práctica el manejo de las presiones que conversamos en la última sesión? ¿cómo fue eso? Realizar refuerzo positivo respecto a las actividades que pueda haber realizado. Si no ha puesto en práctica sus estrategias preguntar ¿por qué no? y si cree que podrá hacerlo. - ¿Recuerdas las metas que te planteaste?, si las recuerda felicitarlo/a y, si no las recuerda enviarle una foto con las metas que se planteó, para que las recuerde. - ¿qué actividades has realizado en este tiempo?, si ha implementado algunas actividades para lograr sus objetivos felicitarlo/a y, si no lo ha hecho motivarlo para comenzar. - ¿tienes alguna duda? e intentar resolverla. - Agradecerle su participación y compromiso con la consejería. - Invitarlo/a a la próxima sesión por facebook.
Evaluación	¿Qué te pareció esta sesión? ¿Qué podrías hacer para alcanzar tus metas?

Sesión 6 vía facebook: Facilidades y barreras

Duración: 15 minutos

Objetivo General de la Sesión	Determinar los aspectos que han facilitado e interferido en la implementación de acciones para lograr las metas establecidas.
Objetivos Específicos para el/la adolescente	<ul style="list-style-type: none">- Identificar qué les ha ayudado a realizar las acciones para alcanzar sus metas.- Identificar qué les ha entorpecido o evitado realizar las acciones para alcanzar sus metas.
Preparación previa	<ul style="list-style-type: none">- Agendar con el/la adolescente día y hora de la reunión.- Revisar en la carpeta del/la adolescente las metas que se propuso en la última sesión de consejería.
Desarrollo de consejería	<p>Preguntar: ¿cómo has estado?</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿te ha surgido alguna duda desde la última consejería?, si existen intentar dar respuesta a las dudas planteadas.- ¿qué actividades has realizado para cumplir tus metas, desde la sesión anterior? Si ha realizado alguna actividad felicitarlo/a por sus avances, si la respuesta es no decirle que aún es tiempo y motivarlo/a para realizarla.- Para los/as que han realizado acciones: ¿qué aspectos te han facilitado el llevar a cabo (lo que esté haciendo)?- ¿Qué aspectos han evitado poder realizar algo para alcanzar tus metas?- ¿crees que puedas hacer algo para modificar esos aspectos que te impiden alcanzar tus metas?- ¿tienes alguna duda? e intentar resolverla.- Agradecerle su participación y compromiso con la consejería.- Invitarlo/a a la próxima sesión por facebook.
Evaluación	<p>¿Qué te pareció esta sesión?</p> <p>¿Qué podrías hacer para alcanzar tus metas?</p>

Sesiones de seguimiento online para adolescentes que no establecieron metas

Sesión 5 vía facebook: ¿Cómo has estado? Duración: 15 minutos	
Objetivo General de la Sesión	- Determinar el estado de avance en el análisis de la situación decisional frente a su estado nutricional.
Objetivos Específicos para el/la adolescente	- Analizar lo que desea lograr respecto a su estado nutricional.
Preparación previa	- Agendar con el/la adolescente día y hora de la reunión. - Revisar en la carpeta del/la adolescente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategia para manejo de las presiones de las personas significativas. 2. Verificar que no estableció metas para el periodo de vacaciones.
Desarrollo de consejería	Preguntar: <ul style="list-style-type: none"> - ¿cómo has estado? - ¿Te ha surgido alguna duda desde la última consejería? - ¿pudiste poner en práctica el manejo de las presiones que conversamos en la última sesión? ¿cómo fue eso? Realizar refuerzo positivo respecto a las actividades que pueda haber realizado. Si no ha puesto en práctica sus estrategias preguntar ¿por qué no? y si cree que podrá hacerlo. - ¿ha pensado en su estado nutricional? - ¿te gustaría mejorarlo? - ¿ha pensado en cómo te sentirías si logras mejorar su estado nutricional? - ¿has pensado en hacer algo? - Señalar que aún es tiempo de tomar una decisión y que puede comenzar por realizar pequeños cambios, pero que lo más importante es que esté dispuesto/a a hacerlo. - ¿tienes alguna duda? e intentar resolverla. - Agradecerle su participación y compromiso con la consejería. - Invitarlo/a a la próxima sesión por facebook.
Evaluación	¿Qué te pareció esta sesión? Piensa en lo que te gustaría hacer por ti.

Sesión 6 vía facebook: ¿Qué has hecho?**Duración:** 15 minutos

Objetivo General de la Sesión	- Determinar el estado de avance en el análisis de la situación decisional frente a su estado nutricional.
Objetivos Específicos para el/la adolescente	- Reflexionar respecto de los efectos de su estado nutricional en las actividades que realiza.
Preparación previa	- Agendar con el/la adolescente día y hora de la reunión. - Revisar en la carpeta del/la adolescente las metas que se propuso en la última sesión de consejería.
Desarrollo de consejería	Preguntar: - ¿cómo has estado? - ¿te ha surgido alguna duda desde la última consejería?, si existen intentar dar respuesta a las dudas planteadas. - ¿qué actividades has realizado desde la sesión anterior? Si ha realizado alguna actividad que contribuya a mejorar su estado nutricional felicitarlo/a, si la respuesta es no decirle que aún le queda tiempo durante las vacaciones para hacer cosas que le guste. - ¿has pensado en que te gustaría hacer por ti, para sentirte mejor? Si la respuesta es sí, indagar en las actividades realizadas entregando afirmaciones. Si la respuesta es no, señalarle que es una tarea que quedará para la próxima sesión. - ¿tienes alguna duda? e intentar resolverla. - Agradecerle su participación y compromiso con la consejería. - Invitarlo/a a la próxima sesión por facebook.
Evaluación	¿Qué te pareció esta sesión?

Sesiones de seguimiento por medio de consejerías para adolescentes que establecieron metas

Sesión 7: Re-evaluar opciones y valores

Duración: 20 – 30 minutos.

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente determine la mantención o modificación de las metas establecidas según sus experiencias.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Identificar la necesidad de re-evaluar las opciones y re-clarificar valores.
- Determinar la necesidad de plantear nuevas metas.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de la séptima sesión de consejería, etiquetas con cartas impresas, lápices, etiquetas en blanco y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

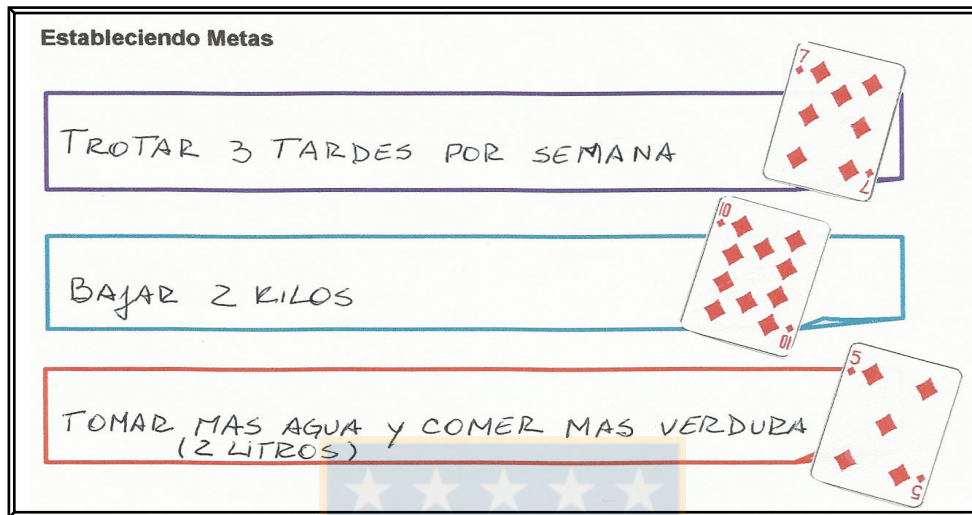
Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Preguntar cómo estuvieron las vacaciones o tiempo en que no hubo consejerías presenciales.
- Explicar los objetivos de la séptima sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Pedir al/la adolescente que revise las metas establecidas y entregar un set de cartas para evaluar el avance en una escala de 1 a 10 (donde 1 es el menor avance y 10 el mayor) para cada una de las metas establecidas.

Luego solicitarle que señale ¿porqué no escogió un número menor al indicado? y ¿qué debería pasar para aumentar el número indicado? (figura 28).

Figura 28. Ejemplo de evaluación de metas

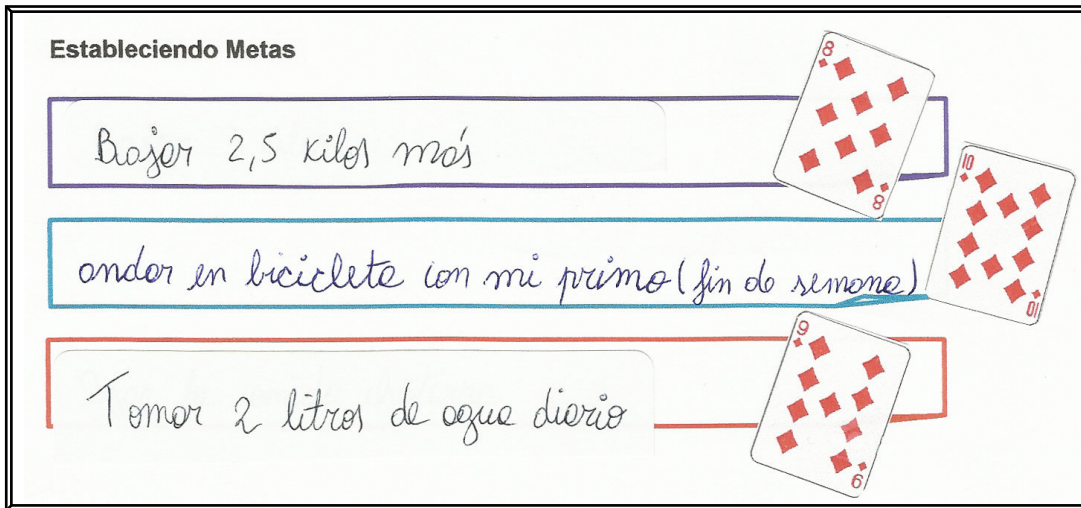


Proponer Ejercicio N°2: Solicitar al/adolescente que piense si necesita reevaluar alguna de las opciones: alimentación, actividad física o participación de otras personas significativas en la decisión. Revisar los aspectos más relevantes de la/s opciones que necesite revisar el adolescente.

Para realizar esta actividad se utilizará el material de las sesiones anteriores.

Proponer Ejercicio N°3: Utilizando evocación y afirmaciones de lo expresado en los ejercicios anteriores, solicitar al/la adolescente que establezca que metas desea conservar y cuál le gustaría modificar, pedirle que registre las nuevas metas en etiquetas y las adhiera sobre las antiguas metas (ver figura 29).

Figura 29. Ejemplo de nuevas metas establecidas



Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla.
- Usar como medio de comunicación el grupo de facebook, donde puede realizar preguntas, además se realizará la citación para la última consejería.
- Ofrecer una colación saludable y agradecer la participación, invitando a la próxima consejería.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- Los principales cambios que desea incorporar y las metas establecidas.
- ¿qué le ha parecido esta sesión?

Sesión 8: Plan a seguir

Duración: 20 – 30 minutos.

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente identifique las competencias adquiridas durante la consejería.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Reconocer los principales conocimientos adquiridos durante la consejería.
- Analizar los nuevos desafíos que se inician al finalizar la consejería.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de la octava sesión de consejería, lápices y colación saludable.

Preparación Previa:

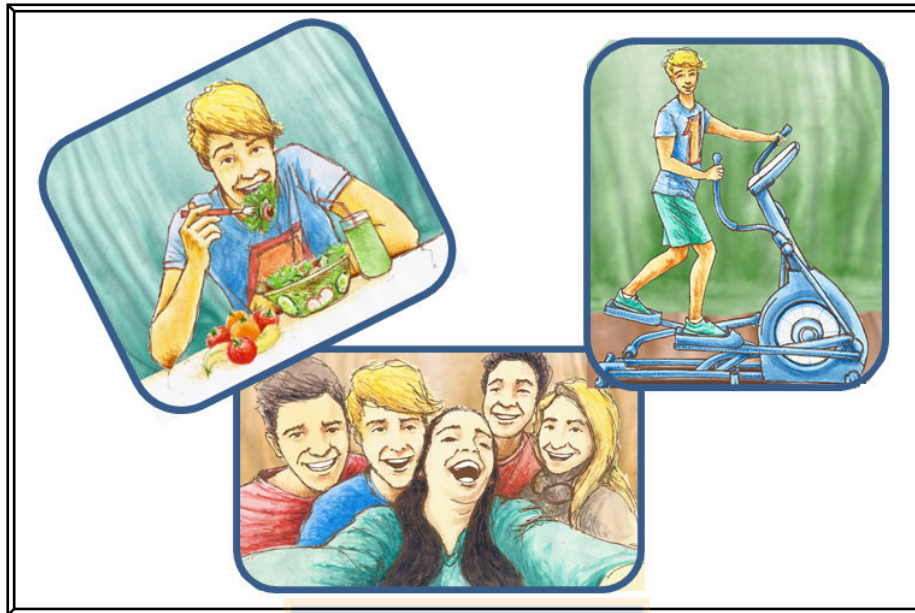
- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Solicitar realizar un resumen de los aspectos que más destacaría de la sesión anterior (puede revisar su carpeta y registros), qué reflexiones o ideas surgieron posterior a la última sesión y completar la información de ser necesario.
- Explicar los objetivos de la octava sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Mostrar al/la adolescente las imágenes características de cada una de las sesiones y solicitarle que indique los principales aspectos aprendidos de cada una de las opciones de manejo de la malnutrición por exceso (figura 30).

Figura 30. Tarjetas con imágenes características de las sesiones



Proponer Ejercicio N°2: Solicitar al/la adolescente que piense en los nuevos desafíos que tendrá, ahora que finaliza la consejería y qué herramientas tiene para enfrentarlos.

Entregar una colación saludable y dar tiempo para que piense y escriba los tres más importantes (ver figura 31).

Figura 31. Ejercicio de desafíos y herramientas para enfrentarlos

Ejercicio 2. Anotar los nuevos desafíos y qué herramientas tengo para enfrentarlos.

DESAFÍOS	HERRAMIENTAS
PENSAR EN MI SALUD	TENGO CONOCIMIENTOS
HACER EJERCICIO	FUERZA DE VOLUNTAD
COMER SANO	TENGO CONOCIMIENTOS

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla, señalar el grupo de facebook permanecerá abierto y lo puede utilizar como medio de comunicación.
- Agradecer la participación, invitarlo/a a la ceremonia de finalización oficial.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- ¿qué le pareció participar en la consejería?

Sesiones de seguimiento por medio de consejerías para adolescentes que no establecieron metas

Sesión 7: Re-evaluar opciones y valores

Duración: 20 – 30 minutos.

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente identifique la necesidad de re-evaluar las opciones y re-clarificar valores.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Determinar la necesidad de revisar las opciones según sus nuevos conocimientos y experiencias.
- Establecer la necesidad de modificar los pro y contras según sus nuevos conocimientos y experiencias.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de la séptima sesión de consejería, lápices, etiquetas en blanco y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.
- Preguntar cómo estuvieron las vacaciones o tiempo en que no hubo consejerías presenciales.
- Explicar los objetivos de la séptima sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Solicitar al/adolescente que piense si necesita reevaluar alguna de las opciones: alimentación, actividad física o participación de otras personas significativas en la decisión. Revisar los aspectos más relevantes de la/s opciones que necesite revisar el adolescente.

Para realizar esta actividad se utilizará el material de las sesiones anteriores.

Proponer Ejercicio N°2: Pedir al/la adolescente que revise pro y contras que estableció en las primeras sesiones. Utilizando evocaciones y afirmaciones de lo expresado en el ejercicio anterior, solicitar que evalúe cuáles desea conservar y cuáles le gustaría modificar, pedirle que escriba los cambios en las etiquetas en blanco y los pegue sobre los primeros registros (ver figura 32).

Figura 32. Ejemplo de pro y contras modificados

<p>ALIMENTACIÓN</p> <p>Pro</p> <p>DISMINUIR CANTIDAD DE CALORÍAS</p>	<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>Pro</p> <p>Prograr el objetivo segunda de las demás Personas Poner de mi parte</p>
<p>Contra</p> <p>TENER HAMBRE</p>	<p>Contra</p> <p>El trabajo</p>

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla.

- Usar como medio de comunicación el grupo de facebook, donde puede realizar preguntas, además se realizará la citación para la última consejería.
- Ofrecer una colación saludable y agradecer la participación, invitando a la próxima consejería.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- Los principales cambios establecidos.
- ¿qué le ha parecido esta sesión?

Sesión 8: ¿Puedes tomar una decisión?

Duración: 20 – 30 minutos.

Objetivo General de la Sesión: Que el/la adolescente determine si tiene los elementos para tomar una decisión y comenzar a implementarla.

Objetivos Específicos para el/la adolescente:

- Reconocer los principales conocimientos adquiridos durante la consejería.
- Analizar si con estos conocimientos y experiencia está dispuesto/a a tomar decisiones respecto a su estado nutricional.

Materiales: Carpeta del/la adolescente, material de la octava sesión de consejería, lápices y colación saludable.

Preparación Previa:

- Arreglar el espacio de intervención para que el/la adolescente se sienta cómodo/a y en confianza.
- Agendar y confirmar con el/la adolescente la hora de asistencia a la sesión.
- Revisar la carpeta con antecedentes de sesión anterior.
- Preparación de carpeta personal de sesiones del/la adolescente.
- Familiarizarse con el material a utilizar durante la consejería.

Desarrollo de Consejería:

- Brindar una cordial bienvenida y agradecer la asistencia.

- Solicitar realizar un resumen de los aspectos que más destacaría de la sesión anterior (puede revisar su carpeta y registros), qué reflexiones o ideas surgieron posterior a la última sesión y completar la información de ser necesario.
- Explicar los objetivos de la octava sesión.

Proponer Ejercicio N°1: Mostrar al/la adolescente las imágenes características de cada una de las sesiones y solicitarle que indique los principales aspectos aprendidos de cada una de las opciones de manejo de la malnutrición por exceso (figura 30).

Proponer Ejercicio N°2: Preguntar al/la adolescente, si con los conocimientos adquiridos hasta ahora, estaría en condiciones de tomar alguna decisión. Si la respuesta es sí, pedirle que señale tres metas que se le gustaría plantearse para cumplir durante el tiempo de las vacaciones, deben ser metas realistas o alcanzables durante el verano (ver figura 27).

En el caso que la respuesta sea que no está en condiciones de tomar una decisión o, que ha tomado la decisión de no hacer nada, indicar que está bien, que tomar decisiones no siempre es fácil y que es mejor estar seguro, pero que siempre tendrá los conocimientos adquiridos para ponerlos en práctica.

Para finalizar:

- Preguntar si tiene alguna duda e intentar resolverla, señalar el grupo de facebook permanecerá abierto y lo puede utilizar como medio de comunicación.
- Agradecer la participación, invitarlo/a a la ceremonia de finalización oficial.

Evaluación: Solicitar al adolescente que señale:

- ¿qué le pareció participar en la consejería?

Un mes después de finalizadas las consejerías, se coordinó para realizar la evaluación post-intervención (al grupo intervención y al grupo control). Para ello, se reevaluó peso, talla y porcentaje de grasa, en las mismas condiciones establecidas en la evaluación previa, además se aplicó nuevamente la escala de conflicto decisional y las encuestas de hábitos de alimentación y actividad física.

4.8 Procesamiento de los datos

La organización y construcción de la base de datos se realizó en el programa Microsoft Office Excel 2010, posteriormente para su procesamiento se utilizaron los software estadísticos SPSS versión 12.0 e INFOSTAT versión 2014.

4.9 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Previamente, los datos fueron sometidos a análisis de distribución usando el test Shapiro-Wilk, según los resultados obtenidos se aplicaron pruebas paramétricas o no paramétricas según el siguiente plan de análisis:

- Para la caracterización de la muestra se realizó análisis univariado de las variables biosociodemográficas, a través de estadígrafos descriptivos, como frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.
- Para establecer las diferencias intragrupos post-intervención, se aplicó χ^2 o test exacto de Fisher según correspondía, Test de Wilcoxon, t de Student, análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria y prueba de Friedman.
- Para determinar la existencia de diferencias entre grupo intervención y grupo control, se aplicó U de Mann-Whitney, t de Student para grupos pareados, χ^2 o test exacto de Fisher.
- Para los objetivos planteados se aplicaron los análisis presentados en la tabla 7.

Tabla 7. Plan de análisis de datos

Objetivo	Variables	Tipo de variable	Tipo de análisis y estadígrafo utilizado
1. Establecer la presencia y nivel de conflicto decisional global y por dimensiones en los/as adolescentes frente a su malnutrición por exceso.	-Conflicto decisional global -Incertidumbre -Conocimiento de las opciones -Valor otorgado a las opciones -Participación de otros -Satisfacción con la decisión tomada.	Presencia conflicto: Nominal	Descriptivo: Frecuencias absolutas y relativas, χ^2 o test exacto de Fisher
		Nivel de conflicto: continua	Descriptivo: Media, desviación estándar, mediana, rangos intercuartílicos, U del Mann-Whitney
2. Identificar el nivel de malnutrición por exceso entre los/as adolescentes participantes.	Malnutrición por exceso	Ordinal	Descriptivo: Frecuencias absolutas y relativas, χ^2 o test exacto de Fisher.
	Percentil de IMC Porcentaje de grasa corporal	Continua	Descriptivo: Media, desviación estándar, mediana, rangos intercuartílicos, U del Mann-Whitney, t de Student.
3. Identificar las características de los hábitos de alimentación entre los/as adolescentes participantes.	Consumo de alimentos	Ordinal	Descriptivo: Frecuencias absolutas y relativas, χ^2 o test exacto de Fisher, t de Student.
4. Identificar las características de los hábitos de actividad física entre los/as adolescentes participantes.	Actividad física	Ordinal	Descriptivo: Frecuencias absolutas y relativas y χ^2 .
5. Establecer las diferencias post intervención en los adolescentes del grupo intervención y grupo control, respecto a: • La presencia y nivel de conflicto decisional global y por dimensiones frente a su malnutrición por exceso.	-Conflicto decisional global -Incertidumbre -Conocimiento de las opciones -Valor otorgado a las opciones -Participación de otros -Satisfacción con la decisión tomada.	Presencia conflicto: Nominal	Inferencial: Diferencias de frecuencias absolutas y relativas
		Nivel de conflicto: continua	Inferencial: Diferencias de media, desviación estándar, mediana, rangos intercuartílicos, Test de Wilcoxon, t de Student.

<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrición por exceso. • Hábitos de alimentación. • Hábitos de actividad física 	Malnutrición por exceso	Ordinal	Inferencial: Diferencias de frecuencias absolutas y relativas
	Percentil de IMC Porcentaje de grasa corporal	Continua	Inferencial: Diferencias de media, desviación estándar, mediana, rangos intercuartílicos, Test de Wilcoxon, t de Student.
	Consumo de alimentos	Ordinal	Inferencial: Diferencias de frecuencias absolutas y relativas.
		Binaria	Inferencial: Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria, prueba de Friedman.
	Actividad física	Ordinal	Inferencial: Diferencias de frecuencias absolutas y relativas.
Binaria		Inferencial: Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria	
<p>6. Determinar el efecto de la consejería de apoyo decisional en el grupo intervención v/s el Control Joven Sano en el grupo control, respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflicto decisional y sus dimensiones. • Malnutrición por exceso. • Hábitos de alimentación. • Hábitos de actividad física. 	Conflicto decisional y sus dimensiones.	Continua	Inferencial: Diferencias de media, U del Mann-Whitney, t de Student para grupos pareados.
	Percentil de IMC Porcentaje de grasa corporal	Continua	
	Consumo de alimentos	Binaria	Inferencial: Diferencias de media, χ^2 o test exacto de Fisher, U del Mann-Whitney.
	Actividad física	Binaria	

4.10 Consideraciones Éticas

A continuación, se analizan los aspectos éticos que se han considerado en el presente estudio, para ello se desarrollaran los siete requisitos éticos propuestos por Emanuel, Wenddler y Grady (171):

Valor (social, científico o clínico). El valor social de esta investigación radica en su aporte al mejoramiento de la salud de la población adolescente. La malnutrición por exceso es una problemática que ha tenido un incremento progresivo pese a todas las estrategias implementadas, por lo que la consejería de apoyo decisional en salud representa una alternativa viable y con mejores efectos, su aplicación proporcionó información relevante para la generación y perfeccionamiento de políticas públicas más efectivas al respecto. Así, finalmente aporta en la reducción de una situación de salud, que a largo plazo, se asocia a enfermedades cónicas no trasmisibles de gran impacto en la morbi-mortalidad nacional.

El valor científico proviene del propósito planteado, el cuál es probar el efecto de la consejería en toma de decisiones en salud, intervención que se utilizó por primera vez a nivel nacional, y cuyos resultados proporcionaron los primeros conocimientos específicos y detallados sobre la temática.

Validez Científica. En esta investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, cuasi-experimental, el cual se considera una metodología idónea, válida y realizable. Se sustenta en un marco referencial actualizado que refleja el estado del arte en la temática y justifica el estudio. El diseño fue planteado de acuerdo a las consideraciones metodológicas realizadas por expertos (82,83). Así, se implementó dos tipos de evaluaciones para medir de los efectos de la consejería, una subjetiva que mide la percepción de los adolescentes frente al conflicto decisional, a través de la aplicación de un instrumento previamente validado en Chile, y una medición objetiva a través de la evaluación del nivel de malnutrición y cambios en los hábitos de alimentación y actividad física. Estas mediciones se aplicaron al inicio y al final de la intervención, para posteriormente comparar estadística y analíticamente los resultados obtenidos.

Además, la intervención contempló la evidencia empírica que ha demostrado efectividad para abordar esta problemática, por lo que su implementación tuvo una duración de ocho meses, considerando tanto en tiempo de internalización de habilidades y cambios de conducta (172), como las posibilidades temporales de la investigadora. Durante este tiempo, se realizaron las sesiones de consejería de apoyo decisional complementadas, con aportes de un equipo transdisciplinario, contratado para tal efecto, dicha intervención tuvo por objetivo apoyar a los/as adolescentes en el proceso deliberativo que involucra tomar decisiones para el mejoramiento de su estado nutricional.

Selección equitativa de los sujetos. Las/os participantes de esta investigación correspondió a un grupo específico, relacionado directamente con los objetivos planteados, considerando además que ellos/as representan a las/os potenciales beneficiados/as de los hallazgos y propuestas del estudio.

La selección de la muestra fue probabilística por conglomerado de grupos intactos, donde se escogió aleatoriamente un liceo municipalizado mixto de Valparaíso que contaba con dos sedes, también de forma aleatoria una de las sedes se designó como grupo intervención recibiendo consejería de apoyo decisional y, la otra sede correspondió al grupo control al que le fue aplicado el control joven sano, obteniendo de esta forma una muestra que permitió realizar los análisis estadísticos proyectados.

Proporción favorable de riesgo – beneficio. Aparentemente esta investigación no involucró riesgos importantes para los sujetos de estudio, sin embargo, se consideraron algunas situaciones que pudieron emerger durante la intervención, respecto de las causas de la malnutrición por exceso y que requirieron de apoyo profesional, para ello se estableció la participación de un equipo transdisciplinario, contratado para acoger cualquier necesidad física o psicológica de los/as adolescentes participantes. Dicha intervención estuvo a disposición para el grupo intervención y para el grupo control. No obstante lo anterior, la magnitud de los beneficios obtenidos, establecieron una proporción riesgo – beneficio ampliamente favorable.

Evaluación independiente. Para evitar algún conflicto de interés que pudiese influir en el estudio, este protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aprobado por el comité de ético-científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción previo a su realización (ver anexo G). Además, fue evaluado por un comité técnico del Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso, siendo aprobado y apoyado en dicha instancia, lo que permitió llevar a cabo la investigación (ver anexo H).

Consentimiento informado. Los/as adolescentes, sujetos de estudios de esta investigación, correspondieron a menores de edad, por lo que se solicitó consentimiento informado tanto a los padres y/o apoderados como asentimiento a los/as estudiantes.

Se aplicó un consentimiento informado diferenciado para el grupo intervención y grupo control (ver anexo I), que contempló explícitamente los objetivos de la investigación, el tiempo de duración de la investigación, la intervención correspondiente, la posibilidad de retirarse cuando lo desearan sin que se requiera explicación alguna y sin que esto perjudicara su atención de salud o educacional, además se dio a conocer los beneficios y riesgos asociados. Se utilizó un lenguaje sencillo y directo, para que, tanto los adultos responsables, como los adolescentes pudieran decidir libremente su participación. Fue la propia investigadora quién entregó y explicó el consentimiento y asentimiento informado, resolviendo las dudas que surgieron, con la finalidad de resguardar los principios de respeto y autonomía de los participantes.

Respeto a los sujetos inscritos. Por tratarse de un estudio de tipo cuasi-experimental – longitudinal, el respeto a los sujetos durante la investigación cobró especial relevancia, ya que requirió de la participación de los/as adolescentes por un tiempo prolongado. Por lo tanto, se consideró:

- Que los sujetos podrían cambiar de opinión respecto a su participación en cualquier momento de la investigación, situación indicada en el consentimiento

informado y que fue solicitada por siete integrantes del grupo intervención y ocho del grupo control.

- Toda la información recopilada a través de los instrumentos fue tratada confidencialmente, al igual que la información entregada por los/as adolescentes durante la consejería y las actividades desarrolladas por los otros profesionales que realizaron la intervención.
- En todo momento se vigiló el bienestar de los participantes, para ello, los integrantes del grupo intervención y grupo control, recibieron apoyo por parte de enfermería y de un grupo de profesionales (nutricionista, psicólogo y profesor de educación física), quienes entregaron herramientas para que los/as adolescentes pudieran tomar una decisión e implementarla.
- Se respetó la libre voluntad de los/as adolescentes en su proceso de toma de decisiones, teniendo especial cuidado en evitar el paternalismo profesional y los efectos de formulación, a través de una reflexión permanentemente para mantener la autonomía de los participantes (173).
- Se realizó un compromiso para entregar los resultados, para dar cumplimiento a este compromiso, al finalizar la intervención se realizó una actividad donde se dio a conocer la intervención implementada, a ella asistieron directivos, profesores y los/as adolescentes del grupo intervención. A todos los/as estudiantes (grupo de intervención y grupo control) se les entregó una evaluación final respecto a su estado nutricional cuando se realizó la aplicación de instrumentos post-intervención.
- Además, una vez aprobada esta tesis, está comprometida la entrega de resultados finales al establecimiento y a través de ellos a los/as estudiantes y adultos responsables, que accedieron a participar. También se entregará un resumen con los resultados al Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso, con la finalidad de determinar la posibilidad de replicarlo en otros establecimientos.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1 Perfil de la muestra

A continuación, se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los 81 adolescentes participantes de esta investigación. La información se ha organizado en los aspectos más relevantes de la muestra total y su distribución por grupo intervención y control.

Tabla 8. Características sociodemográficas y clínicas de los/as adolescentes pertenecientes a un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Total n=81	Grupo				Estadig	gl	valor-p	
		Control n=40		Intervención n=41					
Edad[£]									
Media (DE)	15,4 (1,05)	15,5 (0,68)	15,3 (1,31)			1771,5		0,194	
Mediana (Q1-Q3)	15 (15-16)	15 (15-16)	15 (14-16)						
Sexo[§]									
	f	%	f	%	f	%			
Hombre	27	33,3	11	27,5	16	39,0	1,210	1	0,271
Mujer	54	66,7	29	72,5	25	61,0			
Tipo de Familia[¶]									
Biparental	43	53,1	22	55,0	21	51,2			
Monoparental	33	40,7	16	40,0	17	41,5	0,326	2	0,999
Sin figura paterna	5	6,2	2	5,0	3	7,3			
Nivel Socioeconómico[¶]									
Bajo (Q I y II)	61	75,3	32	80,0	29	70,7			
Medio (Q III y IV)	16	19,8	7	17,5	9	22,0	1,337	2	0,511
Alto (Q V o >)	4	4,9	1	2,5	3	7,3			
Escolaridad[¶]									
Primero Medio	34	42,0	12	30,0	22	53,7			
Segundo Medio	20	24,7	13	32,5	7	17,1			
Tercero Medio	21	25,9	12	30,0	9	21,9	5,172	3	0,148
Cuarto Medio	6	7,4	3	7,5	3	7,3			
Rendimiento Escolar[§]									
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0			
Suficiente	12	14,8	8	20,0	4	9,7			
Buena	57	70,4	27	67,5	30	73,2	1,812	2	0,404
Destacado	12	14,8	5	12,5	7	17,1			
Control nutricional previo[§]									
Si	33	40,7	16	40,0	17	41,5			
No	48	59,3	24	60,0	24	58,5	0,018	1	0,999
Total	81	100	40	100	41	100			

£ U de Mann-Whitney

§ χ^2

¶ Test Exacto de Fisher

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

En la tabla 8 se puede observar que la edad promedio de los participantes es 15,4 años (D.E.=1,1), la distribución por sexo se inclina a favor de las mujeres (66,7%).

En lo que se refiere al tipo de familia, destaca que el 53,1% de los adolescentes pertenecen a familias biparentales, además es importante mencionar la existencia de una proporción, no despreciable, de adolescentes que viven en familias que no tienen una figura paterna (6,2%).

Con relación al nivel socioeconómico, predomina el nivel bajo en el 75,3% de la muestra, lo que indica que provienen de familias cuyo ingreso per cápita corresponde a los quintiles I y II³.

En cuanto a la escolaridad, el 42,0% de los adolescentes cursaba primer año de enseñanza media al momento de iniciar la investigación. Respecto al rendimiento escolar, fue informado como bueno por el 70,4% de los estudiantes, resaltando además que no existen adolescentes con rendimiento deficiente, lo que significa que ninguno de los integrantes de esta muestra se encontraba repitiendo el curso.

En relación con, la asistencia a control nutricional realizado por profesionales de la salud (médico/a, enfermera/o o nutricionista) en oportunidades anteriores a la presente intervención, el 59,3% de los participantes refirió no haber asistido en ninguna oportunidad.

³ Ingreso per cápita familiar igual e inferior a \$106.214, según se señala en la definición operacional de la variable (anexo B).

Tabla 9. Características psicosociales de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Total n=81		Grupo Control n=40		Intervención n=41		Estadig gl	valor-p
	f	%	f	%	f	%		
Autoeficacia								
Baja [¶]	1	1,2	0	0,0	1	2,4	3,728 2	0,155
Moderada	27	33,3	17	42,5	10	24,4		
Alta	53	65,4	23	57,5	30	73,2		
Media (DE) [£]	32,7	(5,12)	32,0	(4,92)	33,3	(5,28)	1492,5	0,162
Mediana (Q1-Q3)	34	(28-36)	34	(27-36)	34	(29-37)		
Apoyo Social								
Bajo [¶]	16	19,8	8	20,0	8	19,5	1,936 2	0,395
Moderado	5	6,2	4	10,0	1	2,4		
Alto	60	74,0	28	70,0	32	78,1		
Apoyo Familia [£]								
Media (DE)	13,4	(3,04)	12,9	(3,15)	13,9	(2,87)	1481,5	0,126
Mediana (Q1-Q3)	15	(12-16)	14	(11-16)	15	(14-16)		
Apoyo Pares [£]								
Media (DE)	13,2	(2,87)	13,1	(2,81)	13,2	(2,97)	1627	0,901
Mediana (Q1-Q3)	14	(11-16)	13	(10-16)	14	(12-16)		
Apoyo Otro Significativo [£]								
Media (DE)	13,4	(2,90)	12,9	(3,29)	13,8	(2,43)	1541	0,340
Mediana (Q1-Q3)	14	(11-16)	14	(11-16)	15	(13-16)		
Apoyo Social Total								
Media (DE)	39,9	(7,38)	38,9	(7,74)	40,9	(6,96)	1516	0,240
Mediana (Q1-Q3)	42	(36-46)	40	(33-45)	42	(38-46)		
Percepción de Bullying								
Molestado verbalmente [§]								
Si	28	34,6	14	35,0	14	34,1	0,007 1	0,936
No	53	65,4	26	65,0	27	65,9		
Excluido de una actividad [¶]								
Si	6	7,4	3	7,5	3	7,3	0,000 1	0,999
No	75	92,6	37	92,5	38	92,7		
Han hablado mal de ti [§]								
Si	25	30,9	12	30,0	13	31,7	0,028 1	0,868
No	56	69,1	28	70,0	28	68,3		
Agredido físicamente [¶]								
Si	4	4,9	2	5,0	2	4,9	0,000 1	0,999
No	77	95,1	38	95,0	39	95,1		
Total	81	100	40	100	41	100		

£ U de Mann-Whitney

§ χ^2

¶ Test Exacto de Fisher

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

En relación con la autoeficacia, llama la atención que la mayor parte de los adolescentes se ubicaron en la categoría alta (65,4%) y los demás se concentraron en la categoría moderada, a excepción de un adolescente del grupo intervención.

Los altos niveles de autoeficacia reportados por los/as participantes se observan más claramente en los puntajes obtenidos en la escala, estos van de 10 a 40 puntos, incrementándose conjuntamente con la percepción de autoeficacia. Aquí la muestra alcanzó una media de 32,7 puntos (D.E.=5,15).

En lo referente al apoyo social, destaca que el 74,1% de los/as adolescentes señalaron percibir un apoyo alto, seguido por la categoría bajo en el 18,9% de los casos. El análisis de los puntajes de la escala, también dejan en evidencia los altos niveles de apoyo social percibido por este grupo. Así, las subescalas “apoyo de la familia” y de “otro significativo” reportaron una media de 13,4 puntos y, la subescala “apoyo de pares” obtuvo una media de 13,2 puntos, de un máximo de 16; en el caso de la escala total, la media de puntaje obtenida fue 39,9 (D.E.=7,38), de un total de 48 puntos.

En lo que respecta a la percepción de Bullying que los/as adolescentes consideraron atribuibles a su estado nutricional, un 34,6% refirió haber sido molestado verbalmente, un 7,4% excluido de alguna actividad, el 30,9% que han hablado mal de el/ella y el 4,9% haber recibido alguna agresión física.

Para controlar la validez interna de la presente investigación, se realizaron pruebas estadísticas a cada una de las variables presentadas, los estadígrafos y *valores-p* obtenidos indican que no existen diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control, por lo que se pueden considerar grupos equivalentes respecto a ellas.

5.2 Comportamiento del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física pre-intervención

5.2.1 Nivel de conflicto decisional pre-intervención

A continuación, se da respuesta al primer objetivo específico planteado, el cual señala: Establecer la presencia y nivel de conflicto decisional global y por dimensiones en adolescentes frente a su malnutrición por exceso.

Tabla 10. Presencia de Conflicto Decisional frente a la malnutrición por exceso en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables *	Total		Grupo				Estadig	gl	Valor-p
	n= 81		Control		Intervención				
	f	%	f	%	f	%			
Conflicto Decisional Global									
Ausencia	75	92,6	38	95,0	37	90,2	0,173	1	0,675
Presencia	6	7,4	2	5,0	4	9,8			
Incertidumbre									
Ausencia	73	90,1	36	90,0	37	90,2	0,000	1	0,999
Presencia	8	9,9	4	10,0	4	9,8			
Conocimiento de las Opciones									
Suficientes	72	88,9	38	95,0	34	82,9	0,031	1	0,155
Deficientes	9	11,1	2	5,0	7	17,1			
Valor otorgado a las opciones									
Influencia Positiva	73	90,1	36	90,0	37	90,2	0,000	1	0,999
Influencia Negativa	8	9,9	4	10,0	4	9,8			
Participación de otros									
Apoyo Suficiente	72	88,9	36	90,0	36	87,8	0,056	1	0,999
Apoyo Insuficiente	9	11,1	4	10,0	5	12,2			
Satisfacción con la decisión tomada									
Satisfecho/a	74	91,4	37	92,5	37	90,2	0,071	1	0,999
Insatisfecho/a	7	8,6	3	7,5	4	9,8			
Total	81	100	40	100	41	100			

* Test Exacto de Fisher

* p≤ 0,05 ** p≤ 0,01

La tabla 10 indica que solo el 7,4% de los/as adolescentes presentó conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso.

Según las dimensiones se destaca que:

- Un 9,9% de los participantes presentó incertidumbre frente a las opciones para manejar su malnutrición por exceso.
- El 11,1% señaló tener conocimientos deficientes respecto a dichas opciones.
- Un 9,9% refirió no tener claridad respecto al valor o importancia que le otorga a esas opciones.
- La participación de otras personas significativas en estas decisiones, fueron reportadas como insuficientes por el 11,1% de los adolescentes.
- Un 7,5% de los participantes se sentía insatisfecho/a con las decisiones que había tomado frente a su malnutrición por exceso, antes de iniciar la intervención.

Como se puede observar, tanto la presencia de conflicto decisional global como por dimensiones alcanzaron bajas proporciones, con un comportamiento bastante similar en ambos grupos (intervención y control), excepto en la dimensión “Conocimientos de las opciones” que reportó ser insuficiente en el 17,1% del grupo intervención v/s el 5,0% del grupo control. Aun así, los estadígrafos y sus *valores-p*, no reportaron diferencias significativas ni para ésta dimensión, ni en las otras, indicando que los grupos son equivalentes respecto a ellas.

Previo a establecer el nivel de conflicto decisional alcanzado por los/as adolescentes, se consideró necesario determinar si el comportamiento de esta variable mostraba diferencias por sexo. Para ello, se compararon los puntajes obtenidos por hombres y mujeres, tanto para el conflicto global como para cada una de sus dimensiones. Los resultados mostraron que en la dimensión “incertidumbre”, existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,025$) en las percepciones de hombres y mujeres en esta muestra, dicho hallazgo generó la necesidad de realizar los análisis, presentados a continuación, diferenciados por sexo.

Tabla 11. Puntajes de conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso en adolescentes varones de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupos						Estadíst p-valor	
	Total n=27		Control n=11		Intervención n=16			
	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	£	
Conflicto Decisional Global	18,4 (22,11)	12,5 (4,7-21,8)	13,1 (10,25)	11,0 (3,1-18,8)	18,4 (26,77)	9,4 (6,3-12,5)	158	0,843
Incertidumbre	20,8 (22,79)	16,7 (0,0-25,0)	8,3 (9,13)	8,3 (0,0-16,7)	20,8 (28,38)	12,5 (0,0-25,0)	132	0,261
Conocimiento de las opciones	22,2 (22,67)	25,0 (0,0-25,0)	16,7 (12,36)	16,7 (8,3-25,0)	23,4 (26,57)	20,9 (0,0-25,0)	146,5	0,705
Valor otorgado a las opciones	18,3 (25,39)	8,3 (0,0-25,0)	15,2 (16,59)	8,3 (0,0-25,0)	20,3 (26,17)	12,5 (0,0-25,0)	148,5	0,781
Participación de otros	17,5 (25,4)	8,3 (0,0-25,0)	14,4 (13,99)	8,3 (8,3-16,7)	15,6 (29,48)	0,0 (0,0-16,7)	178,5	0,206
Satisfacción con la decisión	14,4 (24,3)	6,3 (0,0-18,8)	11,4 (13,06)	6,3 (0,0-25,0)	13,3 (29,57)	0,0 (0,0-6,3)	169	0,423

£ U de Mann-Whitney * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Escala de conflicto decisional y dimensiones va de 0 a 100, puntajes sobre 50 indican existencia de conflicto

Los datos obtenidos en la escala de conflicto decisional entre los participantes varones y mostrados en la tabla 11, presentaron una distribución no normal, por lo que el análisis de los puntajes se realizará respecto de las medianas.

Para la escala de conflicto decisional global, cuyo puntaje total es de 100 puntos y donde los puntajes superiores a 50 señalan existencia de conflicto, los hombres de esta muestra alcanzaron una mediana de 12,5 puntos, indicando que frente a la malnutrición por exceso, perciben niveles muy bajos de conflicto decisional.

Al analizar las medianas obtenidas en las subescalas, destaca que la dimensión con el puntaje más alto es “conocimiento de las opciones”, con 25 puntos, señalando que este es un aspecto importante a considerar. En el otro extremo, la dimensión que obtuvo la mediana más baja fue “satisfacción con la decisión tomada” con 6,3 puntos, indicando que en general, los varones de la muestra están conformes con las decisiones que han tomado hasta ahora para manejar su malnutrición por exceso.

Tabla 12. Puntajes de conflicto decisional en adolescentes mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupos						Estadíst p-valor £	
	Total n=54	Control n=29		Intervención n=25				
	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)		
Conflicto Decisional Global	19,5 (22,54)	13,3 (4,7-25,0)	20,9 (23,82)	15,6 (4,7-25,0)	17,8 (21,33)	9,4 (4,7-21,8)	650,5	0,520
Incertidumbre	23,3 (22,39)	25,0 (8,3-33,3)	26,2 (23,12)	25,0 (8,3-33,3)	20,0 (21,52)	16,7 (0,0-25,0)	614	0,194
Conocimiento de las opciones	23,0 (23,23)	25,0 (0,0-33,3)	23,3 (23,82)	25,0 (8,3-25,0)	22,7 (23,01)	16,7 (0,0-33,3)	685	0,965
Valor otorgado a las opciones	18,4 (26,91)	8,3 (0,0-25,0)	20,1 (27,88)	16,7 (0,0-25,0)	16,3 (26,41)	8,3 (0,0-16,7)	647,5	0,468
Participación de otros	18,7 (26,25)	8,3 (0,0-25,0)	19,3 (27,65)	8,3 (0,0-25,0)	18,0 (25,08)	8,3 (0,0-25,0)	678,5	0,871
Satisfacción con la decisión	15,4 (24,64)	6,3 (0,0-18,8)	17,0 (26,82)	6,3 (0,0-25,0)	13,5 (22,51)	6,3 (0,0-18,8)	666	0,695

£ U de Mann-Whitney * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Escala de conflicto decisional y dimensiones va de 0 a 100, puntajes sobre 50 indican existencia de conflicto

En el caso de las mujeres, los puntajes registrados en la tabla 12 también indican un bajo nivel de conflicto decisional global y por dimensiones. Para la escala total se reportó una mediana de 13,3 puntos.

Al realizar el análisis por dimensiones se observó algunas diferencias respecto del grupo de varones, es así como las mujeres tuvieron dos subescalas con los puntajes más altos: “incertidumbre” y “conocimientos de las opciones”, ambas con medianas de 25,0 puntos. La dimensión que presentó el puntaje más bajo fue “satisfacción con la decisión tomada” con 6,3 puntos, coincidiendo con lo mostrado por los varones.

En general, los puntajes obtenidos tanto por hombres como por mujeres, señalan comportamientos muy similares entre el grupo intervención y el grupo control, situación que fue corroborada por los análisis estadísticos realizados, donde los estadígrafos y *valores-p*, no mostraron diferencias significativas entre grupos.

Hasta ahora, los resultados informados permiten responder al primer objetivo específico, señalando que: solo el 7,4% de la muestra presenta conflicto decisional frente a su malnutrición por exceso y, que hombres y mujeres reportan bajos niveles de conflicto tanto para la escala global como para sus dimensiones.

5.2.2 Nivel de malnutrición por exceso pre-intervención

En adelante se presentan los análisis para dar respuesta al segundo objetivo específico planteado en esta investigación, el cual se propone: Identificar el nivel de malnutrición por exceso entre los/as adolescentes participantes.

Tabla 13. Nivel de malnutrición por exceso general y por sexo, en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo						χ^2	GI	valor-p
	Total		Control		Intervención				
	f	%	f	%	f	%			
Nivel de Malnutrición por exceso	n=81		n=40		n=41				
Sobrepeso	32	39,5	16	40,0	16	39,0	0,008	1	0,928
Obesidad	49	60,5	24	60,0	25	61,0			
Hombres *	n=27		n=11		n=16				
Sobrepeso	3	11,1	1	9,1	2	12,5	0,000	1	0,999
Obesidad	24	88,9	10	90,9	14	87,5			
Mujeres	n=54		n=29		n=25				
Sobrepeso	29	53,7	15	51,7	14	56,0	0,099	1	0,753
Obesidad	25	46,3	14	48,3	11	44,0			
Total	81	100	40	100	41	100			

* Test Exacto de Fisher * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Como se puede observar en la tabla 13, la mayor parte de los/as adolescentes de la muestra tenían sobrepeso al iniciar esta investigación (60,5%). Sin embargo, al analizar por sexo esta distribución se modifica. Los hombres presentaron una mayor proporción de participantes con obesidad (88,9%), en cambio las mujeres mostraron un porcentaje más alto de sobrepeso (53,7%).

Estas diferencias, indicaron la necesidad de determinar si en los parámetros para evaluar la malnutrición por exceso existían diferencias por sexo. Los análisis mostraron que, en relación al percentil, cuya medida determina el estado nutricional en la población adolescente, presentó diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p < 0,001$), situación por la que los siguientes resultados se presentan diferenciados para hombres y mujeres.

Tabla 14. Puntajes de percentil y porcentaje de grasa corporal en adolescentes hombres y mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupos						Estadíst valor-p	
	Total	Control		Intervención				
	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)		
Hombres	n=27		n=11		n=16			
Percentil [£]	97,3 (1,75)	98,0 (96,0-99,0)	97,5 (1,75)	98,0 (97,0-99,0)	97,2 (1,80)	98,0 (96,0-98,0)	162	0,684
% Grasa ^Φ	35,2 (3,35)	35,3 (32,7-37,9)	35,8 (3,92)	35,6 (34,3-39,6)	34,9 (2,97)	34,5 (32,3-37,0)	0,66	0,518
Mujeres	n=54		n=29		n=25			
Percentil [£]	93,4 (3,80)	94,0 (92,0-96,0)	93,9 (3,36)	94,0 (92,0-97,0)	92,7 (4,24)	94,0 (89,0-96,0)	642,5	0,432
% Grasa ^Φ	35,4 (3,33)	35,3 (32,7-37,8)	35,2 (3,37)	35,2 (32,7-37,9)	35,6 (3,35)	35,5 (32,9-37,7)	0,36	0,719

[£] U de Mann-Whitney * p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

^Φ t de Student

Como señala la tabla 14, en el grupo de varones el percentil de IMC mostró una mediana de 98,0, congruente con la mayor proporción de obesidad observada en este grupo, ya que un percentil $\geq 95,0$ establece este diagnóstico nutricional. En cuanto al porcentaje de grasa corporal, cuya distribución normal de datos permite analizar las medias, señaló un promedio de 35,2%.

En el caso de las mujeres, la mediana de percentil fue de 94,0; coincidente con el mayor porcentaje de sobrepeso mostrado por ellas, el cual se establece cuando el percentil se ubica entre 85,0 y 94,9. En lo que se refiere al porcentaje de grasa corporal, obtuvieron una media de 35,4%.

Conjuntamente se evaluó la existencia de diferencias entre el grupo de intervención y grupo control, frente a los parámetros medidos en esta variable. Los resultados no arrojaron ninguna diferencia estadísticamente significativa, permitiendo realizar comparaciones entre ambos grupos.

La información mostrada permite responder al segundo objetivo específico de esta investigación y, señalar que los hombres presentaron mayoritariamente obesidad que corresponde al nivel más alto de malnutrición por exceso y, las mujeres tuvieron una mayor proporción de sobrepeso, ambos determinados por el percentil de IMC ajustado por edad y sexo para cada grupo. Pese a ello, llama la atención que, tanto hombres como mujeres mostraron porcentajes de grasa corporal muy similares.

5.2.3 Hábitos de Alimentación pre-intervención

En esta sección se responderá al tercer objetivo específico del estudio, referido a: Identificar las características de los hábitos de alimentación entre los/as adolescentes participantes.

Es importante señalar que, para esta variable también se proyectaron análisis diferenciados por sexo. Sin embargo, la cantidad de categorías de respuestas del instrumento utilizado, sumado al número de adolescentes que constituyó la muestra, no permitieron su realización, por lo que se presentan solo análisis grupales.

Tabla 15. Frecuencia de consumo de las comidas habituales en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Total n =81		Grupo				χ^2	gl	Valor-p
			Control n=40		Intervención=41				
	f	%	f	%	f	%			
Desayuno									
Nunca	12	14,8	10	25,0	2	4,9	6,771	2	0,034*
A veces	32	39,5	15	37,5	17	41,4			
Siempre	37	45,7	15	37,5	22	53,7			
Almuerzo									
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,004	1	0,949
A veces	20	24,7	10	25,0	10	24,4			
Siempre	61	75,3	30	75,0	31	75,6			
Once[‡]									
Nunca	4	5,0	4	10,0	0	0,0	4,046	2	0,146
A veces	24	29,6	11	27,5	13	31,7			
Siempre	53	65,4	25	62,5	28	68,3			
Cena[‡]									
Nunca	58	71,6	28	70,0	30	73,2	0,802	2	0,760
A veces	17	21,0	8	20,0	9	21,9			
Siempre	6	7,4	4	10,0	2	4,9			
Total	81	100	40	100	41	100			

[‡] Test Exacto de Fisher

* p≤ 0,05 ** p≤ 0,01

Respecto del consumo de desayuno, destaca que menos de la mitad de los/as adolescentes (45,7%) informó consumirlo diariamente y, también hay una proporción importante (14,8%) que indicó no consumirlo nunca.

En cuanto al consumo diario de almuerzo, el 75,3% de los/as participantes señalaron que siempre lo consumen, correspondiendo a la comida más consumida

del día. Además, el 65,4% indicó que siempre consumían once, siendo la segunda comida más consumida del día.

Por su parte la cena, es la comida de menor consumo, informada como nunca consumida por el 71,6% de los/as adolescentes.

Tabla 16. Consumo de agua y alimentos extras entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Total n =81		Grupo				χ^2	gl	Valor-p
	f	%	Control n=40		Intervención n=41				
			f	%	f	%			
Consumo de agua al día [‡]									
No más de 2 tazas	24	29,6	9	22,5	15	36,6	3,077	3	0,383
De 3 a 5 tazas	22	27,2	12	30,0	10	24,4			
Entre 1 y 2 litros	27	33,3	16	40,0	11	26,8			
Más de 2 litros	8	9,9	3	7,5	5	12,2			
Agrega sal extra a las comidas [‡]									
Nunca	17	21,0	9	22,5	8	19,5	0,289	2	0,999
Cuando no tiene suficiente	57	70,4	28	70,0	29	70,7			
Siempre	7	8,6	3	7,5	4	9,8			
Luego de terminar, pides que te sirvan más [‡]									
Nunca	18	22,2	12	30,0	6	14,6	3,897	2	0,084
A veces	62	76,6	27	67,5	35	85,4			
Siempre	1	1,2	1	2,5	0	0,0			
Consumo habitual de alimentos entre las comidas									
No como entre las comidas	13	16,0	7	17,5	6	14,6	4,787	3	0,188
Frutas, verduras	23	28,4	7	17,5	16	39,0			
Helados, chocolates, galletas, jugos	20	24,7	11	27,5	9	22,0			
Golosinas, papas fritas, otras cosas con sal/grasas	25	30,9	15	37,5	10	24,4			
Total	81	100	40	100	41	100			

[‡] Test Exacto de Fisher

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

La tabla 16 muestra que el 33,3% de los/as adolescentes refirió consumir entre 1 a 2 litros de agua al día, pero también hay una proporción importante (29,6%) que indicó un consumo de no más de 2 tazas diarias.

Respecto a la pregunta de agregar sal extra a las comidas, el 70,4% indicó hacerlo cuando considera que no tiene suficiente. Frente a pedir que les sirvan más luego de terminar una comida, el 76,6% de esta muestra de adolescentes, señaló que lo solicita a veces.

En lo que se refiere al tipo de alimentos que los/as participantes habitualmente consumen entre las comidas, el 30,9% refirió comer golosinas, papas fritas u otras alimentos con sal y/o grasas.

Tabla 17. Consumo de alimentos específicos entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo						χ^2	gl	valor-p
	Total n=81		Control n=40		Intervención n=41				
	f	%	f	%	f	%			
Frutas [‡]									
Rara vez o nunca	7	8,6	4	10,0	3	7,3	1,058	4	0,943
1 ó 2 veces al mes	8	9,9	3	7,5	5	12,2			
1 vez a la semana	17	21,0	8	20,0	9	22,0			
2 ó 3 veces por semana	31	38,3	15	37,5	16	39,0			
Todos los días	18	22,2	10	25,0	8	19,5			
Verduras [‡]									
Rara vez o nunca	3	3,7	2	5,0	1	2,4	4,332	4	0,363
1 ó 2 veces al mes	2	2,5	0	0,0	2	4,9			
1 vez a la semana	16	19,8	10	25,0	6	14,6			
2 ó 3 veces por semana	30	37,0	16	40,0	14	34,2			
Todos los días	30	37,0	12	30,0	18	43,9			
Leguminosas [‡]									
Rara vez o nunca	10	12,4	2	5,0	8	19,5	7,427	4	0,101
1 ó 2 veces al mes	12	14,8	7	17,5	5	12,2			
1 vez a la semana	38	46,9	20	50,0	18	43,9			
2 ó 3 veces por semana	18	22,2	11	27,5	7	17,1			
Todos los días	3	3,7	0	0,0	3	7,3			
Leche [‡]									
Rara vez o nunca	9	11,1	7	17,5	2	4,9	7,935	4	0,086
1 ó 2 veces al mes	5	6,2	1	2,5	4	9,8			
1 vez a la semana	11	13,6	8	20,0	3	7,3			
2 ó 3 veces por semana	21	25,9	10	25,0	11	26,8			
Todos los días	35	43,2	14	35,0	21	51,2			
Yogurt									
Rara vez o nunca	12	14,8	5	12,5	7	17,1	1,207	4	0,877
1 ó 2 veces al mes	12	14,8	6	15,0	6	14,6			
1 vez a la semana	15	18,5	9	22,5	6	14,6			
2 ó 3 veces por semana	28	34,6	14	35,0	14	34,2			
Todos los días	14	17,3	6	15,0	8	19,5			
Quesillo [‡]									
Rara vez o nunca	26	32,1	13	32,5	13	31,7	2,844	4	0,604
1 ó 2 veces al mes	18	22,2	10	25,0	8	19,5			
1 vez a la semana	13	16,0	4	10,0	9	22,0			
2 ó 3 veces por semana	19	23,5	11	27,5	8	19,5			
Todos los días	5	6,2	2	5,0	3	7,3			
Queso [‡]									
Rara vez o nunca	10	12,3	3	7,5	7	17,1	3,485	4	0,486
1 ó 2 veces al mes	14	17,3	6	15,0	8	19,5			
1 vez a la semana	23	28,4	14	35,0	9	22,0			
2 ó 3 veces por semana	24	29,6	13	32,5	11	26,8			
Todos los días	10	12,3	4	10,0	6	14,6			
Pan diario [‡]									
Media (DE)	2,6	(1,17)	2,5	(1,29)	2,7	(1,06)	0,697		0,352
Mediana (Q1-Q3)	2,0	(2,0-3,0)	2,0	(1,5-3,0)	3,0	(2,0-3,0)			
Total	81	100	40	100	41	100			

* Test Exacto de Fisher

[‡] t de Student

* p ≤ 0,05

** p ≤ 0,01

Según se observa en la tabla 17, el 38,3% de los/as adolescentes indicó consumir frutas 2 a 3 veces por semana.

En el caso de las verduras, destaca que un 37,0% señaló consumirlas diariamente y, el mismo porcentaje (37,0%) refirió un consumo de 2 a 3 veces por semana.

En lo que respecta al consumo de leguminosas, el 46,9% de los participantes dijo tener una ingesta semanal de este alimento.

En cuanto al consumo de lácteos, el comportamiento de esta muestra fue el siguiente:

- El 43,2% de los estudiantes señaló tomar leche todos los días, aunque también se debe tener en cuenta que un 11,1% indicó hacerlo rara vez o nunca.
- El 34,6% manifestó consumir yogurt 2 a 3 veces por semana.
- El quesillo es el producto lácteo menos consumido por esta muestra de adolescentes, ya que el 32,1% de ellos/as señaló comerlo rara vez o nunca.
- La mayor frecuencia de consumo de queso fue de 2 a 3 veces por semana, en el 29,6% de los casos.

Además, la ingesta promedio de pan al día fue de 2,6 unidades.

Tabla 18. Consumo de carnes, pescado y frituras entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Total n=81		Grupo				Estadig ¥	gl	valor-p
			Control n=40		Intervención n=41				
	f	%	f	%	f	%			
Carne de vacuno									
Rara vez o nunca	9	11,1	3	7,5	6	14,6	1,804	4	0,856
1 ó 2 veces al mes	14	17,3	8	20,0	6	14,6			
1 vez a la semana	28	34,6	15	37,5	13	31,7			
2 ó 3 veces por semana	28	34,6	13	32,5	15	36,6			
Todos los días	2	2,5	1	2,5	1	2,4			
Carne de cerdo, cordero o vísceras									
Rara vez o nunca	20	24,7	9	22,5	11	26,8	1,277	4	0,884
1 ó 2 veces al mes	16	19,8	9	22,5	7	17,1			
1 vez a la semana	21	26,9	11	27,5	10	24,4			
2 ó 3 veces por semana	19	23,5	8	20,0	11	26,8			
Todos los días	5	6,2	3	7,5	2	4,9			
Carne de pollo y/o pavo									
Rara vez o nunca	4	4,9	2	5,0	2	4,9	4,300	4	0,378
1 ó 2 veces al mes	7	8,6	4	10,0	3	7,3			
1 vez a la semana	23	28,4	15	37,5	8	19,5			
2 ó 3 veces por semana	38	46,9	16	40,0	22	53,7			
Todos los días	9	11,1	3	7,5	6	14,6			
Pescado									
Rara vez o nunca	19	23,5	10	25,0	9	22,0	1,176	4	0,925
1 ó 2 veces al mes	31	38,3	14	35,0	17	41,5			
1 vez a la semana	21	25,9	10	25,0	11	26,8			
2 ó 3 veces por semana	8	9,9	5	12,5	3	7,3			
Todos los días	2	2,5	1	2,5	1	2,4			
Mayonesa, papas fritas, sopapillas u otras frituras									
Rara vez o nunca	10	12,3	5	12,5	5	12,2	2,845	4	0,622
1 ó 2 veces al mes	27	33,3	11	27,5	16	39,0			
1 vez a la semana	22	27,2	10	25,0	12	29,3			
2 ó 3 veces por semana	19	23,5	12	30,0	7	17,1			
Todos los días	3	3,7	2	5,0	1	2,4			
Total	81	100	40	100	41	100			

* Test Exacto de Fisher

* p≤ 0,05 ** p≤ 0,01

Como muestra la tabla 18, el 34,6% de los/as adolescentes indicó un consumo de carne de vacuno una vez por semana, e igual proporción (34,6%) dijo consumirla 2 a 3 veces por semana.

Respecto al consumo de carne de cordero, cerdo o vísceras, el 25,9% de los adolescentes señalaron ingerirlo una vez a la semana.

El 46,9% de la muestra refirió comer carne de pollo y/o pavo 2 a 3 veces por semana, constituyéndose en el tipo de carne más consumida por este grupo.

En cuanto a la ingesta de pescado, el 38,3% de los/as adolescentes señaló consumirlo 1 o 2 veces al mes, destacando también que un 23,5% indicó hacerlo rara vez o nunca.

Frente al consumo de mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras, el 33,3% de la muestra respondió hacerlo 1 o 2 veces al mes. Esta información contrasta con lo referido previamente, cuando se preguntó por los alimentos consumidos habitualmente entre las comidas, ya que la frecuencia más alta correspondió a alimentos con estas mismas características.

Para este conjunto de variables también se realizaron pruebas estadísticas, buscando contrastes de importancia entre el grupo intervención y el grupo control, encontrándose diferencias estadísticamente significativas solo en el consumo de desayuno ($p=0,034$). Para el resto de ellas, los estadígrafos y *valores-p* mostraron que el comportamiento entre grupos fue equivalente. Esta información será considerada al realizar los estudios posteriores.

Con todo lo anterior es posible responder al tercer objetivo establecido, indicando que los hábitos de alimentación de los/as adolescentes de esta muestra se caracterizan porque:

El almuerzo y once son las comidas de mayor consumo diario, en general toman entre 1 y 2 litros de agua al día, agregan sal extra a las comidas cuando estiman que no tiene suficiente y, a veces piden que les sirvan más luego de terminar una comida.

Consumen frutas y verduras 2 a 3 veces por semana y legumbres una vez a la semana. Entre los lácteos, la leche es la de mayor consumo diario e ingieren en promedio 2 ½ panes al día.

En cuanto a las carnes, las de pollo y/o pavo es la de consumo más frecuente y la de pescado es la menos consumida. Respecto al consumo de frituras la información no es concluyente.

5.2.4 Hábitos de actividad física pre-intervención

A continuación, se presenta información para responder al cuarto objetivo específico referido a: Identificar las características de los hábitos de actividad física entre los/as adolescentes participantes.

Tabla 19. Características y frecuencia de actividad física en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Total n=81		Grupo				χ^2	gl	Valor-p
	f	%	Control n=40		Intervención n=41				
			f	%	f	%			
Frase que representa la actividad física realizada									
Estoy básicamente sentado y camino poco	18	22,2	11	27,5	7	17,1			
Realizo actividad física pero no regularmente	48	59,3	20	50,0	28	68,3	2,810	2	0,245
Hago actividad física permanente	15	18,5	9	22,5	6	14,6			
Practica actividad física en el último año									
SI	53	65,4	29	72,5	24	58,5	1,745	1	0,186
NO	28	34,6	11	27,5	17	41,5			
Practica actividad física en el último mes									
SI	45	55,6	22	55,0	23	56,1	0,010	1	0,921
NO	36	44,4	18	45,0	18	43,9			
Practica actividad física en la última semana									
SI	34	42,0	14	35,0	20	48,8	1,579	1	0,209
NO	47	58,0	26	65,0	21	51,2			
Total	81	100	40	100	41	100			

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Al preguntar respecto a la frase que más representaba el tipo de actividad física realizada por los/las adolescentes, destacó que en un 59,3% respondió que practicaban actividad física pero no habitualmente.

Frente a la práctica de actividad física en el último año, donde se preguntó explícitamente por algún deporte o actividad realizada semanalmente fuera del horario de clases, durante 30 minutos o más en cada oportunidad, un 65,4% respondió positivamente.

Para la práctica de actividad física en el último mes, con las mismas características anteriores, un 55,6% indicó realizarlo.

En caso de la práctica de actividad física en la última semana, ocurre el fenómeno inverso, ya que la mayor parte de los/as adolescentes (58,0%) refirió que no habían realizado deportes u otra actividad.

Para cada uno de los aspectos antes señalados, se analizaron las frecuencias absolutas y relativas de las respuestas entregadas por el grupo intervención y el grupo control, encontrándose que los estadígrafos y *valores-p* no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Respondiendo al objetivo planteado, es posible indicar que estos/as adolescentes aunque realizan actividad física no lo hacen regularmente. La mayor parte de ellos/as informó que en el último año y en el último mes han practicado algún tipo de deporte o actividad regularmente, sin embargo, en la última semana existe una mayor proporción de participantes que indicó no haber realizado actividad física regular.

Por otra parte, al finalizar la intervención, se evaluó la participación de los estudiantes en las derivaciones (evaluación nutricional, psicológica y actividad física), cuyo objetivo fue controlar el efecto de estas intervenciones en los resultados.

Tabla 20. Participación en derivaciones de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

	Grupo Control n=40		Grupo Intervención n=41	
	f	%	f	%
Evaluación Nutricional (N)	5	12,5	2	4,9
Evaluación Psicológica (Ps)	4	10,0	0	0,0
Actividad Física (AF)	6	15,0	10	24,4
N+Ps	0	0,0	2	4,9
N+AF	2	5,0	4	9,8
Ps+AF	0	0,0	3	7,3
N+Ps+AF	1	2,5	1	2,4
Total	18	45,0	22	53,7

Los estudiantes asistieron a las derivaciones según sus necesidades particulares, en general el 45,0% del grupo control y el 53,7% del grupo intervención participaron en alguna de las derivaciones propuesta.

Como muestra la tabla 20, en total se formaron siete subgrupos, aunque no todos ellos se generaron en el grupo intervención y en el grupo control. Además, las asistencias a las diferentes derivaciones presentaron rangos muy amplios y diversos en cada caso, lo que sumado al número de adolescentes que conformaron la muestra, no hicieron posible realizar comparaciones entre grupos.

Pese a lo anterior y considerando el marco conceptual en el que se basó esta investigación, los aportes de las distintas derivaciones se orientaron a entregar elementos para apoyar la toma de decisiones de los/as adolescentes, por lo que más que identificar la influencia de cada uno/a de ellos/as, el objetivo de esta investigación se centró en determinar el efecto de la intervención en su conjunto, sobre las variables dependientes establecidas.

5.3 Comportamiento del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física post-intervención

5.3.1 Nivel de conflicto decisional post-intervención

En adelante se da respuesta al quinto objetivo específico de esta investigación, el cual señala: Determinar diferencias post intervención en la presencia y nivel de conflicto decisional global y por dimensiones en adolescentes frente a su malnutrición por exceso, en el grupo intervención y grupo control.

Para ello, primero se dará a conocer la presencia de conflicto por grupos y, posteriormente se analizará los puntajes obtenidos en la escala total y las subescalas diferenciados por hombres y mujeres.

Tabla 21. Presencia de Conflicto Decisional post intervención frente a la malnutrición por exceso, en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control n=40				Grupo Intervención n=41			
	Pre- Intervención		Post- Intervención		Pre- Intervención		Post- Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Conflicto Decisional Global								
Ausencia	38	95,0	36	90,0	37	90,2	38	92,7
Presencia	2	5,0	4	10,0	4	9,8	3	7,3
Incertidumbre								
Ausencia	36	90,0	33	82,5	37	90,2	37	90,2
Presencia	4	10,0	7	17,5	4	9,8	4	9,8
Conocimiento de las Opciones								
Suficientes	38	95,0	34	85,0	34	82,9	38	92,7
Deficientes	2	5,0	6	15,0	7	17,1	3	7,3
Valor otorgado a las opciones								
Influencia Positiva	36	90,0	33	82,5	37	90,2	36	87,8
Influencia Negativa	4	10,0	7	17,5	4	9,8	5	12,2
Participación de otros								
Apoyo Suficiente	36	90,0	33	82,5	36	87,8	38	92,7
Apoyo Insuficiente	4	10,0	7	17,5	5	12,2	3	7,3
Satisfacción con la decisión tomada								
Satisfecho/a	37	92,5	33	82,5	37	90,2	39	95,1
Insatisfecho/a	3	7,5	7	17,5	4	9,8	2	4,9
Total	40	100	40	100	41	100	41	100

En la tabla 21 se puede observar que en la medición post-intervención, tanto la presencia de conflicto decisional global como cada una de sus dimensiones, presentaron pocas variaciones respecto a la evaluación inicial.

No obstante lo anterior, en esta segunda medición existen algunos aspectos que se deben destacar:

- El primero es que el grupo control presenta los porcentajes más alto de conflicto tanto para la escala total como para cada una de las subescalas. Esta situación difiere de la primera evaluación, donde solo tres de las dimensiones (incertidumbre, valor otorgado a las opciones y satisfacción con la decisión tomada) mostraban esta característica.
- Segundo, que las diferencias porcentuales observadas entre el grupo intervención y el grupo control, son más amplias que las presentadas en la medición inicial; esto se evidencia más claramente en las subdimensiones

incertidumbre, conocimientos de las opciones, participación de otros en la decisión y satisfacción con la decisión tomada.

- En términos generales, la presencia de conflicto decisional global y por dimensiones mostró un aumento entre un 5% y un 10% en el grupo control. En cambio en el grupo intervención se observa una disminución entre un 2,5% y un 9,8%, excepto en las dimensiones incertidumbre que no mostró variaciones y en la dimensión valor otorgado a las opciones que aumentó en un 2,4%.

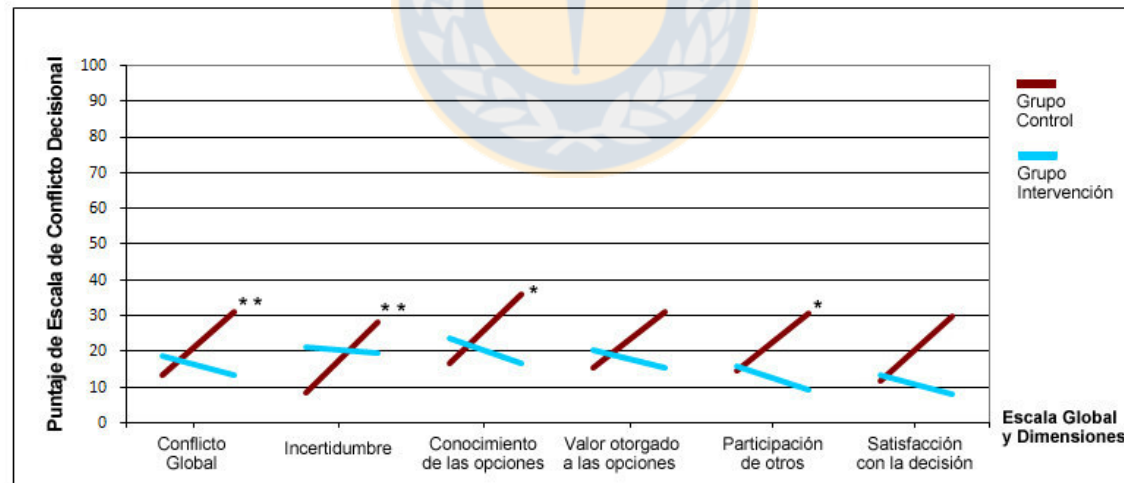


Tabla 22. Diferencias de puntajes de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes hombres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Hombres	Grupo Control n=11				Grupo Intervención=16				Diferencias		Diferencias	
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Variables	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Pre - Post	Estadig valor -p	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Pre - Post	Estadig valor -p
Conflicto Decisional Global	13,1 (10,25)	11,0 (3,1-18,8)	30,9 (21,22)	25,0 (18,8-29,7)	17,8	21,5 ^Y 0,008**	18,4 (26,77)	9,4 (6,3-12,5)	13,2 (16,11)	10,2 (4,7-14,1)	-5,2	69,0 ^Y 0,098
Incertidumbre	8,3 (9,13)	8,3 (0,0-16,7)	28,0 (21,50)	25,0 (16,7-41,7)	19,7	18,0 ^Y 0,006**	20,8 (28,38)	12,5 (0,0-25,0)	19,3 (19,65)	16,7 (0,0-33,3)	-1,6	0,69 ^F 0,498
Conocimiento de las opciones	16,7 (12,36)	16,6 (8,3-25,0)	35,6 (24,20)	25,0 (25,0-41,7)	18,9	22,0 ^Y 0,020*	23,4 (26,57)	20,8 (0,0-25,0)	16,7 (19,95)	12,5 (0,0-16,7)	-6,8	34,0 ^Y 0,246
Valor otorgado a las opciones	15,2 (16,59)	8,3 (0,0-25,0)	31,1 (25,84)	25,0 (25,0-41,7)	15,9	1,7 ^F 0,120	20,3 (26,17)	12,5 (0,0-25,0)	15,1 (19,,30)	8,3 (0,0-25,0)	-5,2	0,43 ^F 0,673
Participación de otros	14,4 (13,99)	8,3 (8,3-16,7)	30,3 (23,06)	25,0 (16,7-33,3)	15,9	20,5 ^Y 0,039*	15,6 (29,48)	0,0 (0,0-16,7)	8,9 (16,52)	4,2 (0,0-8,3)	-6,8	60,0 ^Y 0,086
Satisfacción con la decisión	11,4 (13,06)	6,3 (0,0-25,0)	29,6 (25,48)	25,0 (18,8-25,0)	18,2	2,1 ^F 0,061	13,3 (29,57)	0,0 (0,0-6,3)	7,8 (17,00)	0,0 (0,0-6,3)	-5,5	57,0 ^Y 0,061

^YTest de Wilcoxon; ^FTest t para grupos pareados. * p≤ 0,05 ** p≤ 0,01

Gráfico 1. Evolución del puntaje de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes hombres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



^YTest de Wilcoxon; ^FTest t para grupos pareados. * p≤ 0,05 ** p≤ 0,01

Como muestra la tabla 22, el grupo control hombres presentó un aumento de los puntajes en la medición post-intervención, tanto para la escala de conflicto decisional global como para cada una de las subescalas.

Se destaca que este incremento resultó significativo para la escala total y para la dimensión “incertidumbre” ($p < 0,01$). En el caso de las dimensiones “conocimiento de las opciones” y “participación de otros”, las diferencias también resultaron ser estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Y en las dimensiones “valor otorgado a las opciones” y “satisfacción con la decisión tomada”, aunque también muestran un aumento, no alcanzaron cifras de relevancia estadística.

Además, al analizar el comportamiento del grupo intervención hombres frente al conflicto decisional, se observa que los puntajes post-intervención presentaron una discreta pero consistente disminución, tanto en la escala total y como en todas sus subescalas. Dichas disminuciones no fueron significativas desde el punto de vista estadístico.

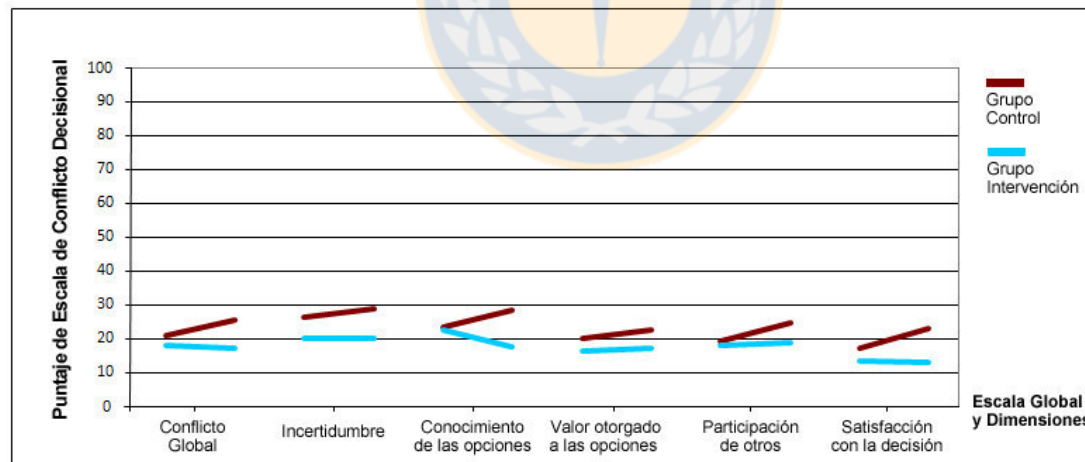
En el gráfico 1 se puede observar claramente la evolución de los puntajes pre y post intervención para ambos grupos de hombres, siendo posible diferenciar el comportamiento de cada grupo.

Tabla 23. Diferencias de puntajes de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Mujeres	Grupo Control n=29						Grupo Intervención=25					
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencias		Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencias	
	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Pre - Post	Estadig valor -p	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Pre - Post	Estadig valor -p
Conflicto Decisional Total	20,9 (23,82)	15,6 (4,7-25,0)	25,2 (22,60)	25,0 (6,3-29,7)	4,3	-6,50 ^Y 0,686	17,8 (21,33)	9,4 (4,7-21,9)	17,0 (19,18)	14,1 (6,3-17,2)	-0,8	0,01 ^F 1,000
Incertidumbre	26,2 (23,12)	25,0 (8,3-33,3)	28,7 (23,31)	25,0 (16,7-41,7)	2,6	-0,18 ^F 0,859	20,0 (21,52)	16,7 (0,0-25,0)	20,0 (19,69)	16,7 (8,3-25,0)	0,0	9,50 ^Y 0,734
Conocimiento de opciones	23,3 (23,82)	25,0 (8,3-25,0)	28,2 (25,24)	25,0 (8,3-41,8)	4,9	-8,50 ^Y 0,530	22,7 (23,01)	16,7 (0,0-33,3)	17,7 (19,44)	16,7 (0,0-25,0)	-5,0	-1,00 ^Y 0,330
Valor otorgado a las opciones	20,1 (27,68)	16,7 (0,0-25,0)	22,4 (26,08)	25,0 (0,0-25,0)	2,3	-14,00 ^Y 0,349	16,3 (26,41)	8,3 (0,0-16,7)	17,0 (24,35)	8,3 (0,0-16,7)	0,7	0,12 ^F 0,906
Participación de otros	19,3 (27,65)	8,3 (0,0-25,0)	24,7 (23,83)	25,0 (0,0-33,3)	5,5	-4,00 ^Y 0,633	18,0 (25,08)	8,3 (0,0-25,0)	18,7 (24,92)	16,7 (0,0-25,0)	0,7	-1,00 ^Y 0,981
Satisfacción con la decisión	17,0 (26,62)	6,3 (0,0-25,0)	22,8 (24,51)	25,0 (0,0-25,0)	5,8	-2,00 ^Y 0,874	13,5 (22,51)	6,3 (0,0-18,8)	13,0 (19,43)	12,5 (0,0-18,8)	-0,5	3,00 ^Y 0,889

^YTest de Wilcoxon; ^FTest t para grupos pareados. * p_≤ 0,05 ** p_≤ 0,01

Gráfico 2. Evolución del puntaje de conflicto decisional pre y post-intervención en adolescentes mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



^YTest de Wilcoxon; ^FTest t para grupos pareados. * p_≤ 0,05 ** p_≤ 0,01

En la tabla 23 se puede observar el comportamiento del conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso, presentado por las mujeres.

El grupo control se caracteriza por leves aumentos entre la evaluación pre y post intervención, que se visualizan en todas las dimensiones y por consiguiente se refleja también en el conflicto global, aunque en ninguno de los casos el incremento es suficiente para arrojar significancia estadística.

Por su parte, en el grupo intervención los puntajes se mantuvieron prácticamente sin modificación, excepto en la dimensión “conocimiento de las opciones” que presentó una leve disminución.

La evolución de los puntajes con las características antes mencionadas se pueden observar con nitidez en el gráfico 2.

Con todo lo anterior, la respuesta al objetivo planteado es que:

La presencia de conflicto decisional, tanto en la escala global como por dimensiones, presentaron porcentajes más altos en la medición post-intervención del grupo control, y porcentajes más bajos en el grupo intervención.

En cuanto al nivel de conflicto:

- El grupo control hombres muestra una marcada tendencia al incremento del conflicto decisional post-intervención, en cambio en el grupo intervención se observa una leve disminución.
- En el caso de las mujeres, en ambos grupos los cambios fueron muy escasos, el grupo control presentó pequeños aumentos y el grupo intervención no registró modificaciones.

5.3.2 Nivel de malnutrición por exceso post-intervención

A continuación se responderá al sexto objetivo específico, el cual indica: Determinar las diferencias post intervención en la malnutrición por exceso de los adolescentes, en el grupo intervención y grupo control.

Tabla 24. Nivel de malnutrición por exceso post intervención general y por sexo, en los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control				Grupo Intervención			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Malnutrición por Exceso	n=40				n=41			
Sin Malnutrición por exceso ^{&}	--	--	1	2,5	--	--	8	19,5
Sobrepeso	16	40,0	12	30	16	39,0	14	34,2
Obesidad	24	60,0	27	67,5	25	61,0	19	46,3
Hombres	n=11				n=16			
Sin Malnutrición por exceso ^{&}	--	--	0	0,0	--	--	1	6,2
Sobrepeso	1	9,1	2	18,2	2	12,5	3	18,8
Obesidad	10	90,9	9	81,8	14	87,5	12	75,0
Mujeres	n=29				n=25			
Sin Malnutrición por exceso ^{&}	--	--	1	3,5	--	--	7	28,0
Sobrepeso	15	51,7	10	34,5	14	56,0	11	44,0
Obesidad	14	48,3	18	62,1	11	44,0	7	28,0

[&] Estado nutricional normal

La tabla 24 informa claramente las modificaciones de la malnutrición por exceso post-intervención. Es así como destaca que el 2,5% del grupo control y el 19,5% del grupo intervención dejaron de presentar malnutrición por exceso, o dicho de otra forma, lograron un estado nutricional normal.

Para los hombres, el porcentaje más alto continúa siendo el de los adolescentes con obesidad, aunque la proporción disminuyó de 90,0% a 81,8% en el grupo control y de 87,5% a 75,0% en el grupo intervención.

Entre las mujeres se presentan las diferencias más relevantes, destacando que en el grupo control hubo un aumento en el porcentaje de participantes con diagnóstico de obesidad (de 48,3% a 62,1%). Dentro del grupo intervención las adolescentes con sobrepeso siguen constituyendo la mayor proporción, aunque disminuyeron de 56,0% a 44,0%, otro aspecto que destaca es que el 28,0% de las estudiantes logró un estado nutricional normal.

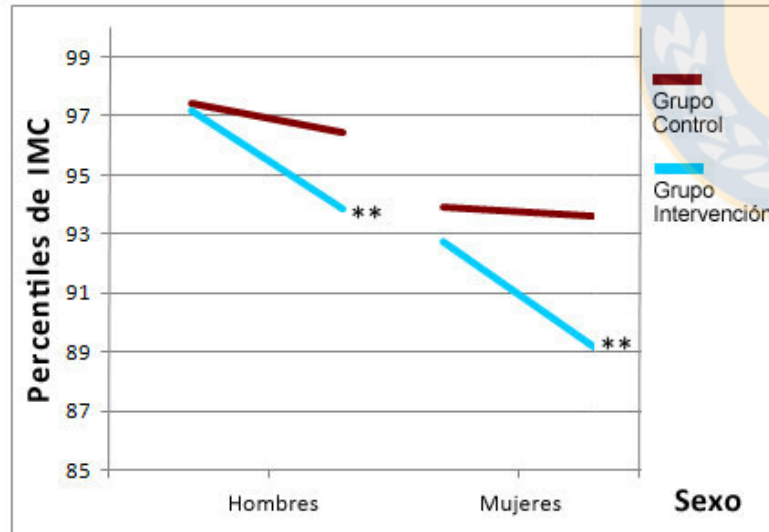
A continuación, se presentan los parámetros utilizados para determinar el nivel de malnutrición por exceso diferenciados para hombres y para mujeres, y como ellos determinan el estado nutricional final.

Tabla 25. Diferencias de puntajes de percentil y porcentaje de grasa corporal pre y post-intervención en adolescentes hombres y mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

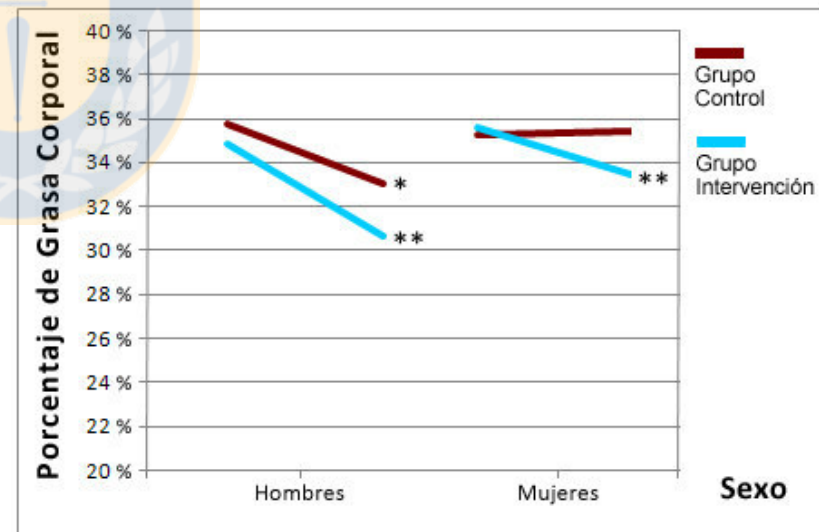
Variables	Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencia			Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencia		
	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Pre-Post	Estadig	valor-p	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Media (DE)	Med (Q1-Q3)	Pre-Post	Estadig	valor-p
Hombres	Grupo Control n=11						Grupo Intervención n=16							
Percentil	97,5 (1,75)	98,0 (97,0-99,0)	96,5 (3,40)	98,0 (96,0-99,0)	-1,00	-6,0	0,187	97,2 (1,80)	98,0 (96,0-98,0)	93,9 (7,81)	96,5 (92,0-98,0)	-3,3	-30,0	0,006**
% Grasa	35,8 (3,92)	35,6 (34,3-39,6)	33,0 (5,40)	34,4 (29,6-37,7)	-2,80	-2,96	0,014*	34,9 (2,97)	34,5 (32,3-37,0)	30,7 (4,81)	31,4 (24,0-34,7)	-4,2	-4,07	0,001**
Mujeres	Grupo Control n=29						Grupo Intervención n=25							
Percentil	93,9 (3,36)	94,0 (92,0-97,0)	93,6 (4,29)	95,0 (91,0-97,0)	-0,31	7,00	0,807	92,7 (4,24)	94,0 (89,0-96,0)	89,2 (7,41)	92,0 (84,0-95,0)	-3,5	-111,5	<0,001**
% Grasa	35,2 (3,37)	35,2 (32,7-37,9)	35,5 (3,50)	35,3 (33,0-38,0)	0,22	0,42	0,676	35,6 (3,35)	35,5 (32,9-37,7)	33,4 (3,83)	33,4 (30,1-35,9)	-2,12	-4,23	0,003**

^χTest de Wilcoxon; ^FTest t para grupos pareados. * p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

Gráficos 3 - 4. Evolución del percentil y porcentaje de grasa corporal pre y post-intervención en adolescentes hombres y mujeres de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



Test de Wilcoxon * p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01



Test t para grupos pareados * p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

Según muestra la tabla 25, en la evaluación post-intervención de los hombres del grupo control, se observa una leve disminución en el percentil de IMC, la cual no reporta importancia estadística. Respecto del porcentaje de grasa corporal, también mostró una disminución, en este caso la diferencia pre - post intervención fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Para el grupo intervención hombres, tanto el percentil de IMC como el porcentaje de grasa corporal evidenciaron disminuciones altamente significativas ($p < 0,01$).

En el caso de las mujeres, en el grupo control, tanto el percentil como el porcentaje de grasa corporal, presentaron diferencias mínimas entre las mediciones pre y post intervención, lo que se refleja en los estadígrafos y *valores-p* no significativos.

En las mujeres del grupo intervención, se observaron disminuciones en el percentil de IMC y en el porcentaje de grasa corporal, los estudios estadísticos mostraron que ambas variaciones fueron altamente significativas ($p < 0,01$).

Esto permite responder al sexto objetivo:

En los varones del grupo control, hubo una disminución del percentil de IMC y del porcentaje de grasa corporal, lo que se tradujo en una reducción del porcentaje de adolescentes obesos, aunque la proporción de malnutrición por exceso se mantuvo. Los varones del grupo intervención, también mostraron una disminución del percentil de IMC y porcentaje de grasa corporal, lo que permitió disminuir el porcentaje de obesos y de participantes con malnutrición por exceso.

Entre las mujeres, en el grupo control se observó una mantención de los parámetros de percentil de IMC y porcentaje de grasa corporal y, aunque hubo una reducción porcentual de la malnutrición por exceso, se incrementó considerablemente el porcentaje de adolescentes obesas. En cambio, en el grupo intervención se evidenció una disminución significativa de ambos parámetros, provocando una disminución porcentual de participantes obesas y con sobrepeso, y por consecuencia de la malnutrición por exceso de este grupo.

5.3.3 Hábitos de alimentación post-intervención

En adelante, se presentará la información necesaria para: Determinar las diferencias post intervención de los hábitos de alimentación, en el grupo intervención y grupo control.

Tabla 26. Consumo de comidas habituales post intervención, de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control n=40				Grupo Intervención n=41			
	Pre- Intervención		Post- Intervención		Pre- Intervención		Post- Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Desayuno								
Nunca	10	25,0	4	10,0	2	4,9	2	4,9
A veces	15	37,5	17	42,5	17	41,5	11	26,8
Siempre	15	37,5	19	47,5	22	53,7	28	68,3
Almuerzo								
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A veces	10	25,0	8	20,0	10	24,4	9	22,0
Siempre	30	75,0	32	80,0	31	75,6	32	78,0
Once								
Nunca	4	10,0	3	7,5	0	0,0	1	2,4
A veces	11	27,5	12	30,0	13	31,7	11	26,8
Siempre	25	62,5	25	62,5	28	68,3	29	70,7
Cena								
Nunca	28	70,0	25	62,5	30	73,2	32	78,1
A veces	8	20,0	8	20,0	9	21,9	8	19,5
Siempre	4	10,0	7	17,5	2	4,9	1	2,4
Total	40	100	40	100	41	100	41	100

La tabla 26 señala que, en general el promedio de adolescentes que refirieron consumir siempre desayuno y almuerzo, aumentó tanto en el grupo control (47,5%) como en el grupo intervención (68,3%).

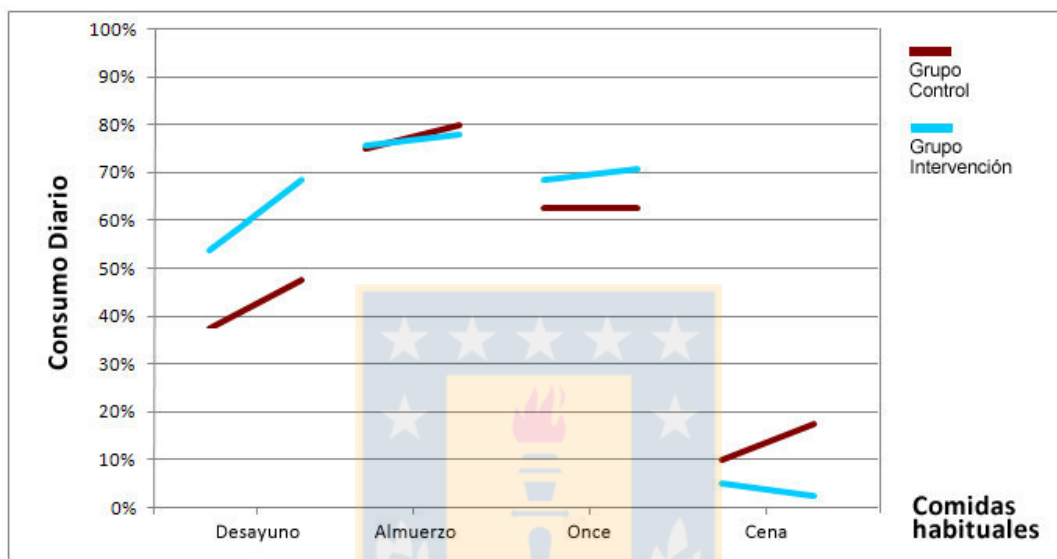
En el caso del consumo de once, la proporción de participantes que dijo ingerirlo siempre, se mantuvo sin variaciones en el grupo control (62,5%) y, en el grupo intervención presentó un leve incremento (70,7%).

Los/as estudiantes que consumieron siempre la cena, aumentó para el grupo control (17,5%) y disminuyó en el grupo intervención (2,4%).

Ahora bien, para visualizar con mayor claridad la evolución real de estos hábitos fue necesario establecer variables binarias, en este caso se optó por calificar como 1 el

consumo recomendado (169,174) de estas comidas y como 0 las categorías que no cumplen este requisito. Al realizar esta transformación se compararon los datos del grupo control e intervención, no encontrando diferencias estadísticas entre ellos, lo que permitió realizar el gráfico que se presenta a continuación.

Gráfico 5. Evolución del consumo diario de comidas habituales pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria
 * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

El gráfico 5 muestra que de las cuatro comidas diarias, la que presentó la mayor modificación fue el desayuno, cuyo consumo aumentó de forma proporcional para el grupo intervención y el grupo control. El consumo diario de almuerzo y once registraron incrementos muy leves en ambos grupos. En el caso de la cena hubo un discreto incremento en el consumo diario del grupo control y una disminución del grupo intervención. Ninguno de estos cambios fue estadísticamente significativo.

Tabla 27. Consumo de agua y alimentos extras post intervención, de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control n=40				Grupo Intervención n=41			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua al día								
No más de 2 tazas	9	22,5	11	27,5	15	36,6	7	17,1
De 3 a 5 tazas	12	30,0	16	40,0	10	24,4	13	31,7
Entre 1 y 2 litros	16	40,0	11	27,5	11	26,8	16	39,0
Más de 2 litros	3	7,5	2	5,0	5	12,2	5	12,2
Agrega sal extra a las comidas								
Nunca	9	22,5	14	35,0	8	19,5	14	34,1
Cuando no tiene suficiente	28	70,0	25	62,5	29	70,7	25	61,0
Siempre	3	7,5	1	2,5	4	9,8	2	4,9
Luego de terminar, pides que te sirvan más								
Nunca	12	30,0	14	35,0	6	14,6	17	41,5
A veces	27	67,5	26	65,0	35	85,4	24	58,5
Siempre	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Consumo habitual de alimentos entre las comidas								
No como entre las comidas	7	17,5	10	25	6	14,6	13	31,7
Frutas, verduras	7	17,5	11	27,5	16	39,0	11	26,8
Helados, chocolates, galletas, jugos	11	27,5	11	27,5	9	22,0	12	29,3
Golosinas, papas fritas, otras cosas con sal/grasas	15	37,5	8	20	10	24,4	5	12,2
Total	40	100	40	100	41	100	41	100

Como muestra la tabla 27, respecto del consumo de agua, el porcentaje más alto de adolescentes del grupo control (40,0%) informó tomar entre 3 a 5 tazas de agua al día, en cambio en el grupo intervención la mayor proporción (39,0%) se ubicó en el consumo entre 1 y 2 litros al día.

En relación con agregar sal extra a las comidas, el porcentaje más alto de estudiantes sigue siendo el que agrega sal cuando considera que no tiene suficiente, en el 62,5% grupo control y 61,0% grupo intervención. Sin embargo, destaca el aumento de aquellos participantes que nunca agregan sal extra (35,0% grupo control y 34,1% grupo intervención).

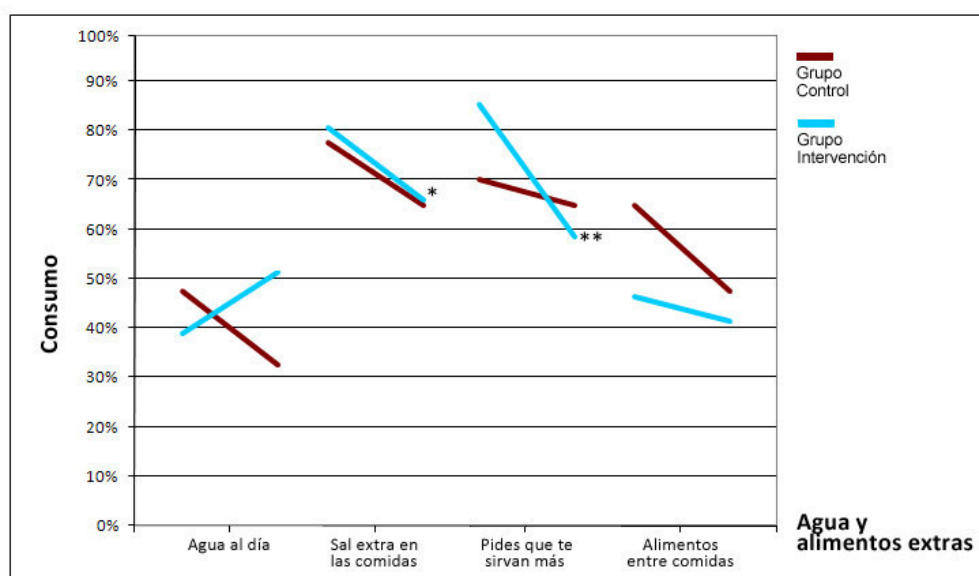
En cuanto a solicitar que les sirvan más luego de terminar una comida, los porcentajes más altos continúan concentrándose en la categoría a veces en un

65,0% para el grupo control y 58,5% para el grupo intervención. Aunque llama la atención que aquellos/as que declararon no hacerlo nunca se incrementaron considerablemente en la evaluación post-intervención a un 35,0% y 41,4% respectivamente.

El consumo habitual entre comidas se modificó respecto de la primera evaluación, en el grupo control un 27,5% señaló comer frutas y verduras y la misma proporción comer helados, chocolates, galletas y jugos. En el grupo intervención, el porcentaje más alto (31,7%) refirió no comer entre comidas.

Para determinar la evolución de estas variables, también se establecieron medidas binarias, en el caso del consumo de agua se clasificó como 1 las categorías que cubrían la ingesta recomendada diaria (169,174) y las otras categorías se agruparon en 0. Para el consumo de alimentos extras (sal, pedir que les sirvan más y comer entre comidas), se optó por concentrar en el nivel 0 los comportamientos recomendados y en 1 las otras categorías, esto porque al graficar permitirá observar más fácilmente si existe una reducción de aquellos comportamientos poco saludables.

Gráfico 6. Evolución del consumo diario de agua y alimentos extras pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

El gráfico 6 muestra que en lo referente al consumo diario de agua, el grupo control presentó una disminución importante, en cambio el grupo intervención aumentó la ingesta recomendada y, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, marcan una tendencia en el comportamiento de cada grupo.

En lo que respecta a agregar sal extra a las comidas, ambos grupos muestran una disminución de esta conducta, aunque resultó significativo ($p < 0,05$) solo para el grupo intervención.

Frente a la opción de solicitar que les sirvan más al terminar una comida, ambos grupos indicaron una disminución, en el caso del grupo intervención la reducción de este comportamiento fue estadísticamente significativo ($p < 0,01$).

En cuanto a los alimentos entre las comidas, ambos grupos refirieron una reducción del consumo de los alimentos menos recomendados, sin embargo no mostró ser significativo desde el punto de vista estadístico.

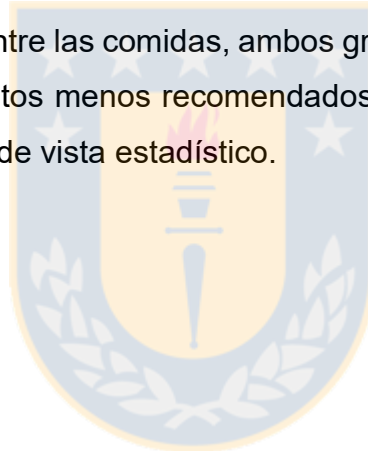


Tabla 28. Consumo de alimentos específicos post intervención, de los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control n=40				Grupo Intervención n=41			
	Pre- Intervención		Post- Intervención		Pre- Intervención		Post- Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Frutas								
Rara vez o nunca	4	10,0	4	10,0	3	7,3	3	7,3
1 ó 2 veces al mes	3	7,5	5	12,5	5	12,2	3	7,3
1 vez a la semana	8	20,0	9	22,5	9	22,0	7	17,1
2 ó 3 veces por semana	15	37,5	16	40,0	16	39,0	27	65,9
Todos los días	10	25,0	6	15,0	8	19,5	1	2,4
Verduras								
Rara vez o nunca	2	5,0	1	2,5	1	2,4	0	0,0
1 ó 2 veces al mes	0	0,0	4	10,0	2	4,9	4	9,8
1 vez a la semana	10	25,0	11	27,5	6	14,6	2	4,9
2 ó 3 veces por semana	16	40,0	15	37,5	14	34,2	15	36,6
Todos los días	12	30,0	9	22,5	18	43,9	20	48,8
Leguminosas								
Rara vez o nunca	2	5,0	0	0,0	8	19,5	6	14,6
1 ó 2 veces al mes	7	17,5	11	27,5	5	12,2	7	17,1
1 vez a la semana	20	50,0	19	47,5	18	43,9	17	41,5
2 ó 3 veces por semana	11	27,5	8	20,0	7	17,1	8	19,5
Todos los días	0	0,0	2	5,0	3	7,3	3	7,3
Leche								
Rara vez o nunca	7	17,5	6	15,0	2	4,9	2	4,9
1 ó 2 veces al mes	1	2,5	5	12,5	4	9,8	6	14,6
1 vez a la semana	8	20,0	8	20,0	3	7,3	1	2,4
2 ó 3 veces por semana	10	25,0	11	27,5	11	26,8	5	12,2
Todos los días	14	35,0	10	25	21	51,2	27	65,9
Yogurt								
Rara vez o nunca	5	12,5	4	10,0	7	17,1	5	12,2
1 ó 2 veces al mes	6	15,0	10	25,0	6	14,6	10	24,4
1 vez a la semana	9	22,5	9	22,5	6	14,6	8	19,5
2 ó 3 veces por semana	14	35,0	10	25,0	14	34,2	11	26,8
Todos los días	6	15,0	7	17,5	8	19,5	7	17,1
Quesillo								
Rara vez o nunca	13	32,5	19	47,5	13	31,7	15	36,6
1 ó 2 veces al mes	10	25,0	9	22,5	8	19,5	8	19,5
1 vez a la semana	4	10,0	6	15,0	9	22,0	9	22,0
2 ó 3 veces por semana	11	27,5	4	10,0	8	19,5	8	19,5
Todos los días	2	5,0	2	5,0	3	7,3	1	2,4
Queso								
Rara vez o nunca	3	7,5	5	12,5	7	17,1	5	12,2
1 ó 2 veces al mes	6	15,0	8	20,0	8	19,5	9	22,0
1 vez a la semana	14	35,0	11	27,5	9	22,0	15	36,6
2 ó 3 veces por semana	13	32,5	15	37,5	11	26,8	10	24,4
Todos los días	4	10,0	1	2,5	6	14,6	2	4,9
Total	40	100	40	100	41	100	41	100
Pan diario^b								
Media (DE)	2,5	(1,29)	2,5	(1,00)	2,7	(1,06)	2,0	(0,88)
Mediana (Q1-Q3)	2,0	(1,5-3,0)	2,0	(2,0-3,0)	3,0	(2,0-3,0)	2,0	(1,5-3,0)
Estadig		0,20				14,22		
Valor-p		0,655				< 0,001**		

^b Prueba de Friedman
* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

En la evaluación post-intervención, la mayor frecuencia de consumo de frutas se mantuvo en 2 o 3 veces por semana para ambos grupos, aunque se observaron

aumentos porcentuales en cada caso, a un 40% en el grupo control y a un 65,9% en el grupo intervención.

En el consumo de verduras también permanecieron las categorías de mayor frecuencia observadas en la primera evaluación, 2 o 3 veces por semana para el grupo de control con 37,5% y, todos los días para el 48,8% del grupo intervención.

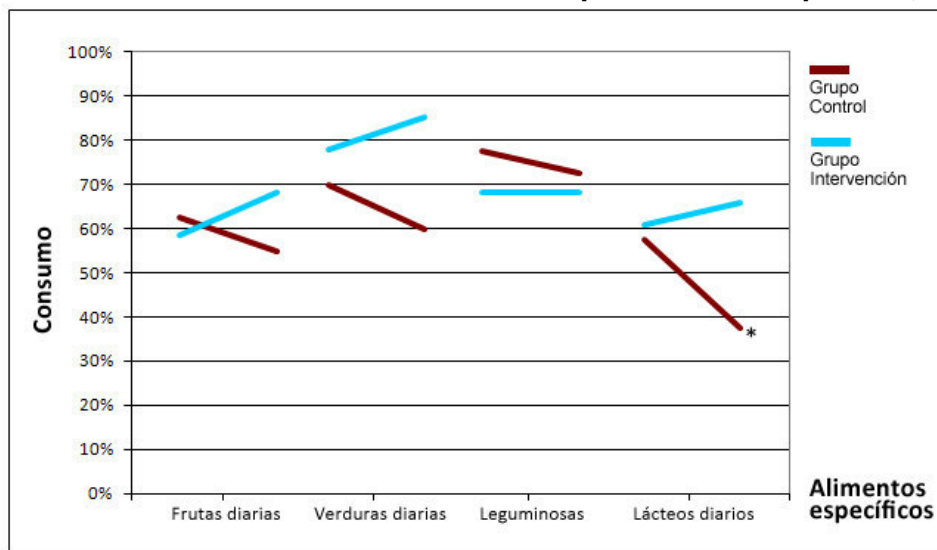
En el caso de las legumbres, ambos grupos mantuvieron la mayor frecuencia de consumo en una vez por semana, 47,5% en el grupo control y 41,5% en el grupo intervención.

Respecto del consumo de lácteos, el comportamiento del grupo control fue el siguiente: disminuyó la frecuencia de consumo de leche a 2 o 3 veces por semana (27,5%), el consumo de yogurt se mantuvo 2 o 3 veces por semana (25,0%) y se agregó 1 a 2 veces al mes (25,0%), el consumo de quesillo permaneció en una frecuencia de rara vez o nunca (47,5%) y el queso se mantuvo en 2 o 3 veces por semana (37,5%). En el grupo intervención el consumo de leche diario aumentó al 65,9% de la muestra, la mayor frecuencia de consumo de yogurt se mantuvo 2 o 3 veces por semana (26,8%), el consumo de quesillo permaneció en una frecuencia de rara vez o nunca (36,6%) y la ingesta de queso disminuyó a una vez por semana (36,6%).

En relación con el consumo diario de pan, en el grupo control se mantuvo en un promedio de 2,5 y el grupo intervención disminuyó a 2 unidades diarias.

Para determinar la evolución en el consumo de estos alimentos, se establecieron las siguientes variables binarias: 1 para el consumo recomendado (169,174) y 0 para las categorías que no lo eran. En el caso de los lácteos, se decidió agruparlos ya que su consumo es intercambiable. Para el consumo de pan, se presentará un gráfico independiente, utilizando las unidades de consumo como unidades de medida.

Gráfico 7. Evolución del consumo de alimentos específicos pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



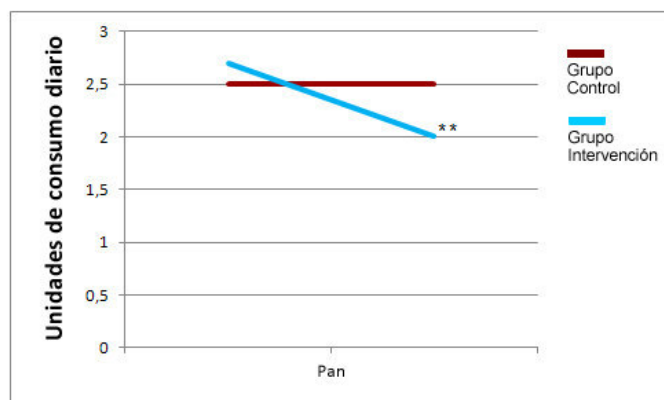
Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria
 * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Como se observa en el gráfico 7, el consumo recomendado de frutas y verduras disminuyó en el grupo control y aumentó en el grupo intervención, estas modificaciones no presentaron significancia estadística.

El consumo de leguminosas mostró una leve disminución en el grupo control y se mantuvo en el grupo intervención, diferencias que no fueron significativas.

En lo referente al consumo de lácteos, el grupo control presentó una importante disminución que resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El grupo intervención mostró un leve incremento que no fue significativo desde el punto de vista estadístico.

Gráfico 8. Evolución del consumo de pan pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



Prueba de Friedman
 * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

En el gráfico 8 se observa que el consumo de pan diario, referido inicialmente por el grupo control, se mantuvo en la evaluación post-intervención, en cambio en el grupo intervención se evidencia una disminución altamente significativa ($p=0,01$) en su ingesta.

Tabla 29. Consumo de carnes, pescado y frituras post intervención, entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control n=40				Grupo Intervención n=41			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Carne de vacuno								
Rara vez o nunca	3	7,5	1	2,5	6	14,6	6	14,6
1 ó 2 veces al mes	8	20,0	6	15,0	6	14,6	5	12,2
1 vez a la semana	15	37,5	19	47,5	13	31,7	11	26,8
2 ó 3 veces por semana	13	32,5	14	35,0	15	36,6	18	43,9
Todos los días	1	2,5	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Carne de cerdo, cordero o vísceras								
Rara vez o nunca	9	22,5	5	12,5	11	26,8	9	22,0
1 ó 2 veces al mes	9	22,5	8	20,0	7	17,1	9	22,0
1 vez a la semana	11	27,5	16	40,0	10	24,4	14	34,1
2 ó 3 veces por semana	8	20,0	11	27,5	11	26,8	8	19,5
Todos los días	3	7,5	0	0,0	2	4,9	1	2,4
Carne de pollo y/o pavo								
Rara vez o nunca	2	5,0	0	0,0	2	4,9	0	0
1 ó 2 veces al mes	4	10,0	6	15,0	3	7,3	7	17,1
1 vez a la semana	15	37,5	16	40,0	8	19,5	5	12,2
2 ó 3 veces por semana	16	40,0	17	42,5	22	53,7	26	63,4
Todos los días	3	7,5	1	2,5	6	14,6	3	7,3
Pescado								
Rara vez o nunca	10	25,0	8	20,0	9	22,0	7	17,1
1 ó 2 veces al mes	14	35,0	19	47,5	17	41,5	16	39,0
1 vez a la semana	10	25,0	9	22,5	11	26,8	14	34,1
2 ó 3 veces por semana	5	12,5	4	10,0	3	7,3	4	9,8
Todos los días	1	2,5	0	0,0	1	2,4	0	0,0
Mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras								
Rara vez o nunca	5	12,5	5	12,5	5	12,2	10	24,4
1 ó 2 veces al mes	11	27,5	12	30,0	16	39,0	14	34,1
1 vez a la semana	10	25,0	13	32,5	12	29,3	11	26,8
2 ó 3 veces por semana	12	30,0	9	22,5	7	17,1	6	14,6
Todos los días	2	5,0	1	2,5	1	2,4	0	0
Total	40	100	40	100	41	100	41	100

Según muestra la tabla 29, el 47,5% del grupo control refirió consumir carne de vacuno 1 vez por semana, y el 43,9% del grupo intervención 2 o 3 veces por semana, en ambos casos las frecuencias más altas permanecieron en las mismas

categorías de consumo señaladas en la primera evaluación, pero registraron un incremento porcentual.

La mayor frecuencia en el consumo de carne de cerdo, cordero o vísceras se mantuvo en 1 vez por semana en ambos grupos, también presentando un aumento respecto de la evaluación inicial, a un 40,0% del grupo control y a un 34,1% del grupo intervención.

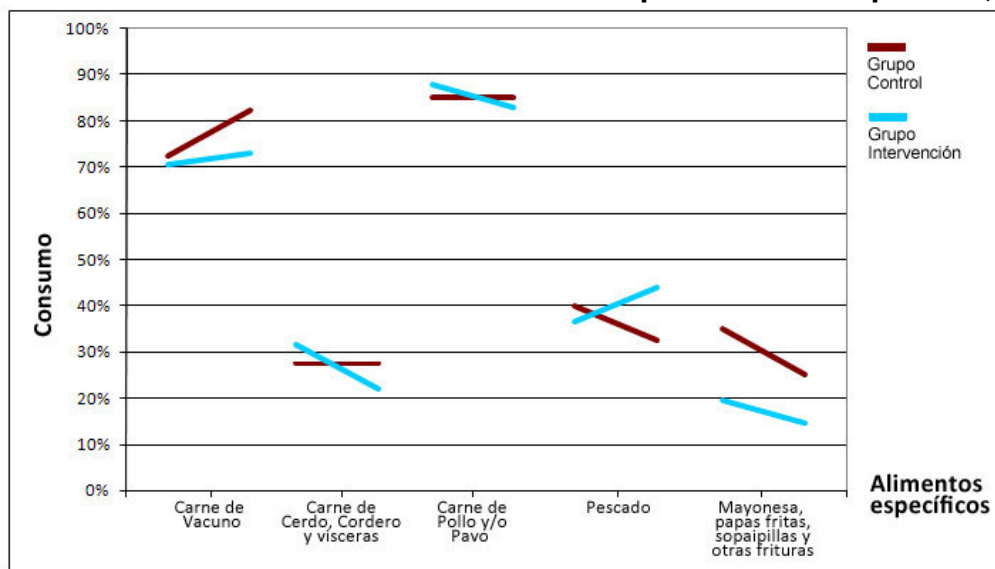
El consumo de pollo y/o pavo conservó la frecuencia de ingesta más alta en 2 o 3 veces por semana, con leves aumentos tanto para el grupo control (42,5%), como para el grupo intervención (63,4%).

El pescado continúa siendo el menos consumido en esta serie de alimentos, su frecuencia más alta es 1 o 2 veces al mes, en el 47,5% del grupo control y el 39,0% del grupo intervención.

En cuanto a la ingesta de mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras, en el grupo control la mayor frecuencia se presentó en la categoría de consumo 1 vez por semana (32,5%) y, en el grupo control 1 o 2 veces al mes (34,1%).

Para graficar la evolución de estos comportamientos alimentarios, se estableció como variable binaria 1 las categorías de consumo recomendado y como 0 aquellas que no cumplían este requisito. En el caso de la carne de cerdo y las frituras, cuya recomendación es tener un consumo poco frecuente, se invirtieron las categorías para que una alimentación más saludable se graficara como una reducción del consumo (169,174).

Gráfico 9. Evolución del consumo de carnes, pescado y frituras pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria
 * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

El gráfico 9 muestra que frente al consumo de carne de vacuno, se presentó un aumento en la ingesta en ambos grupos. Respecto de la carne de cerdo, cordero o vísceras, se visualiza que el grupo control mantuvo un consumo constante, y en el grupo intervención hubo una disminución en su consumo. En cuanto a la ingesta de pollo y/o pavo, también mostró una mantención en el consumo por parte del grupo control y una leve disminución en el caso del grupo intervención.

El consumo de pescado mostró una disminución en el grupo control y, un aumento en el grupo intervención. La ingesta de mayonesa y frituras disminuyó en ambos grupos.

Para ninguno de estos cambios se demostró significancia estadística.

Con los análisis presentados se puede responder al objetivo planteado:

En general, el grupo intervención mejoró la alimentación respecto al consumo de sal extra, pedir que les sirvan más después de comer y la ingesta de pan, el resto de los hábitos aunque mostraron mejoras no llegaron a ser significativos.

En el grupo control, solo mostró diferencias significativas en la disminución del consumo de lácteos. Aunque, también presentó algunas mejoras pero sin relevancia estadística.

5.3.4 Hábitos de actividad física post-intervención

La información que se presenta a continuación está dirigida a responder al objetivo referido a determinar las diferencias post intervención de los hábitos de actividad física, en el grupo intervención y grupo control.

Tabla 30. Características y frecuencia de actividad física post intervención, entre los/as adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015

Variables	Grupo Control n=40				Grupo Intervención n=41			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Frase que representa la actividad física realizada								
Estoy básicamente sentado y camino poco	11	27,5	15	37,5	7	17,1	2	4,9
Realizo actividad física pero no regularmente	20	50,0	19	47,5	28	68,3	28	68,3
Hago actividad física permanente	9	22,5	6	15,0	6	14,6	11	26,8
Practica actividad física en el último año								
SI	29	72,5	25	62,5	24	58,5	35	85,4
NO	11	27,5	15	37,5	17	41,5	6	14,6
Practica actividad física en el último mes								
SI	22	55,0	19	47,5	23	56,1	31	75,6
NO	18	45,0	21	52,5	18	43,9	10	24,4
Practica actividad física en la última semana								
SI	14	35,0	11	27,5	20	48,8	23	56,1
NO	26	65,0	29	72,5	21	51,2	18	43,9
Total	40	100	40	100	41	100	41	100

En relación con la frase que representa el tipo de actividad que realizan los/as adolescentes, ambos grupos se mantuvieron en la categoría de realizar actividad física pero no regularmente, un 47,5% del grupo control y un 68,3% del grupo intervención. Aunque también destaca que la proporción de adolescentes que señalaron hacer actividad física en forma permanente, disminuyó en el grupo control (15,0%) y aumentó en el grupo intervención (26,8%).

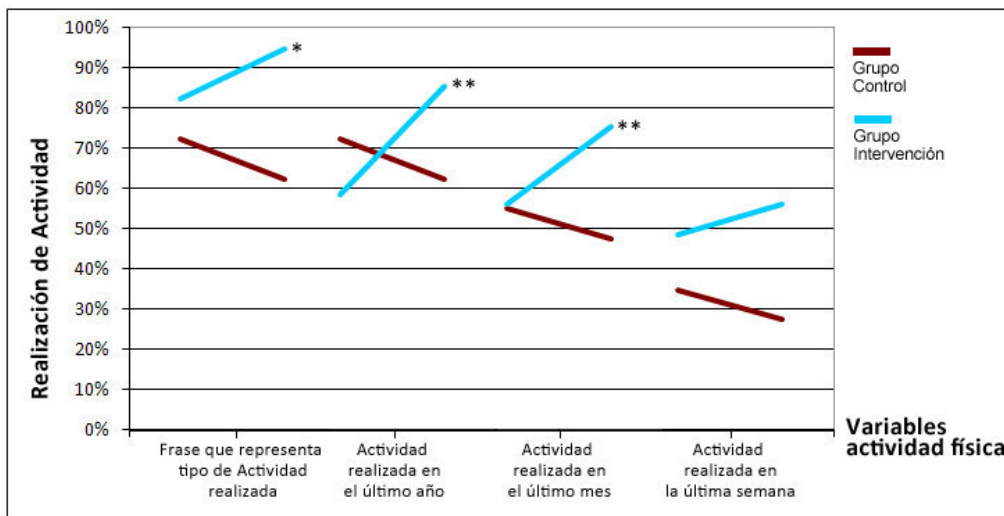
Respecto a la práctica de actividad física en el último año, en el grupo control hubo una disminución de adolescentes que señaló realizarlo periódicamente (62,5%), en cambio en el grupo intervención la proporción de estos/as estudiantes presentó un aumento (85,4%).

Frente a la práctica de actividad física en el último mes, el grupo control presentó una mayor proporción de estudiantes que indicó no realizarlo (52,5%); por su parte, en el grupo intervención el porcentaje más alto de estudiantes se ubicó entre los que señalaron que si lo realizaba (75,6%).

En cuanto a la práctica de actividad física en la última semana, el grupo control también presentó un mayor porcentaje de participantes que refirieron no realizarlo (72,5%); en el caso del grupo intervención, también se observó una mantención de su tendencia, donde el porcentaje más alto de estudiantes se ubicó entre los que dijeron que si practicaban (56,1%).

Para determinar la evolución de estos hábitos, las variables binarias se establecieron de la siguiente forma, aquellas categorías que señalaban actividad física permanente se clasificaron como 1 y, las categorías que representaban actividades sedentarias como 0.

Gráfico 10. Evolución de las características y frecuencia de actividad física pre y post-intervención en adolescentes de un Liceo Municipalizado de Valparaíso, 2015



Análisis de varianza de medidas repetidas con respuesta binaria

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

En el gráfico 10 se observa que, la frase representativa del tipo de actividad desarrollada por el grupo control muestra menos actividad física en la evaluación post-intervención. En cambio en el grupo intervención, la actividad física permanente, aumentó significativamente ($p<0,05$).

La práctica de actividad física en el último año y en el último mes, presentó una disminución en el grupo control y, un incremento significativo ($p<0,01$) en el grupo intervención.

La práctica de actividad física en la última semana también mostró una disminución en el grupo control y un aumento en el grupo intervención, pero estas modificaciones no fueron significativas.

En cuanto al objetivo de hábitos de actividad física post-intervención, en el grupo intervención presentó una mejora importante en el tipo de actividad realizada, la práctica de actividad física en el último año y en el último mes. En cambio, el grupo control, aunque empeoraron todos los parámetros analizados, no tuvieron relevancia estadística.

5.4 Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física

Para determinar el efecto atribuible a la consejería de apoyo decisional en salud y dar respuesta al último objetivo específico de esta investigación, se realizó la comparación de las diferencias mostradas entre la evaluación basal y post-intervención del grupo experimental que recibió la consejería y el grupo control con el control joven sano. Este análisis permitirá evaluar las hipótesis planteadas.

Tabla 31. Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional y sus dimensiones, en los hombres del grupo control y grupo intervención.

Hombres	Grupo Control n=11			Grupo Intervención n=16			Efecto Intervención	Estadig £	valor-p
	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia Pre-Post	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia Pre-Post			
Conflicto Decisional Global	13,1	30,8	17,76	18,36	13,18	-5,18	22,93	205	0,012*
Incertidumbre	8,33	28,0	19,70	20,83	19,27	-1,56	21,26	184,5	0,129
Conocimiento de las opciones	16,7	35,6	18,94	23,44	16,67	-6,77	25,71	202	0,017*
Valor otorgado a las opciones	15,2	31,1	15,91	20,31	15,10	-5,21	21,12	193,5	0,050*
Participación de otros	14,4	30,3	15,91	15,63	8,85	-6,77	22,68	197	0,030*
Satisfacción con la decisión	11,4	29,5	18,18	13,28	7,81	-5,47	23,65	187,5	0,094

£ U de Mann-Whitney

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

En la tabla 31 se observa que los puntajes de la escala y las subescalas presentaron un aumento entre los hombres del grupo control y, una disminución en los hombres del grupo intervención. Al analizar estas diferencias se determinó que, el grupo de varones que recibió la consejería de apoyo decisional en salud, mostró puntajes significativamente menores en el conflicto decisional global y en las dimensiones “conocimiento de las opciones”, “valor otorgado a las opciones” y “participación de otros”, respecto del grupo control.

Tabla 32. Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el conflicto decisional y sus dimensiones, en las mujeres del grupo control y grupo intervención

Mujeres	Grupo Control n=29			Grupo Intervención n=25			Efecto Intervención	Estadig	valor-p
	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia Pre-Post	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia Pre-Post			
Conflicto Decisional Global [£]	20,91	25,22	4,31	17,81	17,00	-0,81	5,12	635	0,362
Incertidumbre [£]	26,15	28,74	2,59	20,00	20,00	0,00	2,59	675,5	0,834
Conocimiento de las opciones [£]	23,28	28,16	4,89	22,67	17,67	-5,00	9,89	603	0,140
Valor otorgado a las opciones ^F	20,11	22,41	2,30	16,33	17,00	0,67	1,63	0,21	0,835
Participación de otros [£]	19,25	24,71	5,46	18,00	18,67	0,67	4,79	613,5	0,196
Satisfacción con la decisión [£]	17,03	22,84	5,82	13,50	13,00	-0,50	6,32	606	0,150

£ U de Mann-Whitney ^FTest t para grupos pareados

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

En el caso de las mujeres, según se puede observar en la tabla 32, no se presentaron diferencias entre los grupos, en ninguna de las dimensiones ni en la escala total.

En relación con la hipótesis 1.1 no se rechaza, ya que los puntajes de conflicto decisional del grupo intervención hombres son significativamente menores que los presentados por el grupo control.

En lo que se refiere a la hipótesis 1.2 se rechaza, debido a que las diferencias en los puntajes de conflicto decisional, entre las mujeres del grupo de intervención y el grupo control, no fueron significativas.

Tabla 33. Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre la malnutrición por exceso, en los hombres y mujeres del grupo control y grupo intervención.

Variables	Pre	Post	Diferencia	Pre	Post	Diferencia	Efecto		
	Intervención	Intervención	Pre-Post	Intervención	Intervención	Pre-Post	Intervención	Estadig	valor-p
Hombres	Grupo Control n=11			Grupo Intervención n=16					
Percentil [£]	97,5	96,5	1,0	97,2	93,9	3,3	-2,3	176	0,259
% Grasa ^F	35,8	33,0	2,8	34,9	30,7	4,2	-1,4	0,98	0,334
Mujeres	Grupo Control n=29			Grupo Intervención n=25					
Percentil [£]	93,9	93,6	0,30	92,7	89,2	3,5	-3,2	471	0,0001**
% Grasa ^F	35,2	35,4	-0,22	35,6	33,4	2,2	-2,4	3,18	0,0025**

[£] U de Mann-Whitney ^F Test t para grupos pareados

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

Los hombres participantes no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo intervención, en los parámetros para evaluar la malnutrición por exceso.

Para las mujeres, la consejería de apoyo decisional en salud, tuvo un efecto significativo tanto en el percentil de IMC como en el porcentaje de grasa corporal ($p \leq 0,001$).

En lo referente a la hipótesis 2.1 se rechaza, ya que no se encontraron diferencias significativas en la magnitud de los cambios presentados por los hombres del grupo intervención y los del grupo control.

Respecto a la hipótesis 2.2 no es posible rechazarla, puesto que los parámetros que determinan la malnutrición por exceso mostraron una disminución significativamente mayor en el grupo intervención mujeres.

Tabla 34. Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre los hábitos de alimentación, del grupo control y grupo intervención.

Hábitos que Mejoraron Post- Intervención Grupos					Hábitos que Empeoraron Post- Intervención Grupos				
Variables	Control	Intervención	Estadig χ^2	valor-p	Variables	Control	Intervención	Estadig χ^2	valor-p
	n=40	n=41				n=40	n=41		
Consumo diario de Desayuno	32,0	52,6	1,90	0,168	Consumo diario de Desayuno [‡]	26,7	18,2	0,12	0,690
Consumo diario de Almuerzo [‡]	50,0	70,0	0,21	0,410	Consumo diario de Almuerzo [‡]	10,0	19,4	0,00	0,473
Consumo diario de Once	26,7	46,2	1,15	0,283	Consumo de Once [‡]	16,0	17,9	0,00	0,999
Consumo diario de Cena [‡]	11,1	2,6	-0,34	0,188	Consumo diario de Cena	25,0	100,0		
Consumo diario de Agua	19,0	48,0	4,22	0,040*	Consumo diario de Agua	52,6	43,8	0,27	0,601
Consumo de Sal extra en las comidas [‡]	25,8	24,2	0,02	0,885	Consumo de Sal extra en las comidas	33,3	25,0	-0,10	0,999
Pides que te sirvan más [‡]	25,0	40,0	1,58	0,210	Pides que te sirvan más	41,7	50,0	0,08	0,999
Consumo de alimentos entre las comidas	42,3	47,4	0,11	0,736	Consumo de alimentos entre las comidas	28,6	31,8	0,04	0,837
Consumo diario de fruta	6,7	64,7	11,45	0,001*	Consumo diario de fruta	16,0	29,2	1,22	0,270
Consumo diario de verdura	41,7	77,8	2,74	0,098	Consumo diario de verdura	32,1	12,5	3,39	0,065
Consumo de leguminosas [‡]	33,3	61,5	0,27	0,234	Consumo de leguminosas	16,1	28,6	1,33	0,250
Consumo diario de lácteos [‡]	11,8	37,5	0,35	0,118	Consumo diario de lácteos	43,5	16,0	4,38	0,036*
Consumo de carne de Vacuno	54,5	33,3	1,05	0,305	Consumo de carne de vacuno [‡]	6,9	10,3	0,00	0,676
Consumo de carne de Cerdo, Cordero y Vísceras	72,7	61,5	0,13	0,679	Consumo de carne de Cerdo, Cordero y vísceras [‡]	27,6	14,3	1,52	0,218
Consumo de carne de Pollo y/o Pavo [‡]	83,3	60,0	-0,29	0,546	Consumo de carne de Pollo y/o Pavo	14,7	13,9	0,01	0,922
Consumo de Pescado	16,7	42,3	3,91	0,048*	Consumo de Pescado	43,8	53,3	0,28	0,594
Consumo de Mayonesa y Frituras [‡]	57,1	75,0	0,70	0,402	Consumo de Mayonesa y Frituras	15,4	12,1	0,00	0,999

Consumo diario de Pan	Grupo de Control n=40			Grupo de Intervención n=41			Efecto Intervención	Estadig	Valor-P
	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia Pre-Post	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia Pre-Post			
	2,5	2,5	0,02	2,7	2,0	-0,7			

‡ Test Exacto de Fisher

‡ U de Mann-Whitney

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

Al comparar los hábitos de alimentación post-intervención, se observó que algunos/as estudiantes mejoraron y otros empeoraron sus hábitos.

Entre los hábitos que presentaron una mejoría, hubo diferencias significativas a favor del grupo intervención, en el consumo diario de agua ($p=0,040$), consumo diario de fruta ($p=0,001$), consumo de pescado ($p<0,048$) y consumo diario de pan ($p=<0,002$).

Entre los hábitos que empeoraron, destacó el consumo diario de lácteos, el que mostró una inclinación estadísticamente significativa hacia el grupo control ($p=0,036$).

Respecto de la hipótesis 3, si bien destaca que el grupo intervención mejoró significativamente algunos hábitos de alimentación, parecen no ser suficientes para no rechazar la hipótesis.

Tabla 35. Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud sobre los hábitos de actividad física, del grupo control y grupo intervención.

Hábitos que Mejoraron Post- Intervención Grupos					Hábitos que Empeoraron Post- Intervención Grupos				
Variables	Control n=40	Intervención n=41	Estadig χ^2	valor-p	Variables	Control n=40	Intervención n=41	Estadig χ^2	valor-p
Tipo de Actividad [‡]	36,4%	71,4%	0,33	0,192	Tipo de Actividad [‡]	27,6%	0,0%	0,61	0,001**
Actividad último año	27,3%	64,7%	3,74	0,053	Actividad último año [‡]	24,1%	0,0%	0,52	0,012**
Actividad último mes	22,2%	44,4%	2,00	0,157	Actividad último mes [‡]	31,8%	0,0%	0,61	0,004**
Actividad última semana	7,7%	47,6%	9,74	0,002*	Actividad última semana	35,7%	35,0%	0,00	0,966

[‡] Test Exacto de Fisher

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

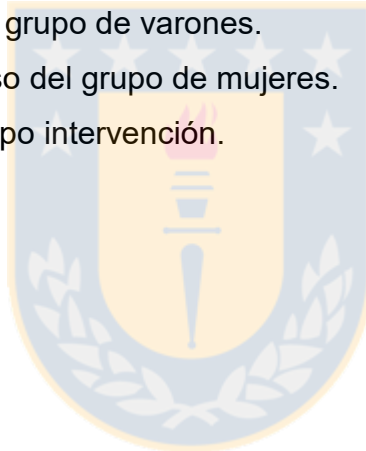
La tabla 35 muestra que, entre los hábitos de actividad física que mejoraron, hubo una diferencia significativa, a favor del grupo intervención, en la actividad realizada en la última semana ($p=0,002$).

En cuanto a los hábitos de actividad que empeoraron, se mostraron en mayor proporción en el grupo control, siendo significativo para la frase que refleja el tipo de actividad que realizan ($p=0,001$), la actividad realizada en el último año ($p=0,012$) y último mes ($p=0,004$).

En lo que compete a la hipótesis 4 no se rechaza, puesto que los hábitos de actividad física del grupo intervención mejoraron significativamente respecto a los hábitos del grupo control.

Finalmente, y según los análisis presentados, es posible señalar respecto al último objetivo planteado en esta investigación, que la intervención de consejería de apoyo decisional en salud presentó mejores efectos que el control joven sano sobre:

- El conflicto decisional del grupo de varones.
- La malnutrición por exceso del grupo de mujeres.
- La actividad física del grupo intervención.



La discusión de los resultados obtenidos se presenta en cuatro partes:

- La primera, corresponde al análisis descriptivo del perfil de los/as adolescentes que formaron parte del estudio.
- La segunda parte, está constituida por la medición basal de las variables dependientes conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física.
- En la tercera sección, se tratan los resultados obtenidos post intervención, realizando la comparación en los cambios obtenidos al interior de cada grupo (intervención y control).
- En la última sección se analiza la efectividad de la intervención de apoyo decisional propuesta para esta investigación.

6.1 Análisis del perfil de la muestra

La edad promedio de la muestra fue de 15,4 años, situación explicada porque el rango de edad habitual para cursar la educación secundaria en Chile, se ubica entre los 14 y 17 años (175-177).

Se observó un predominio de mujeres (66,7%), proporción más alta que la matrícula de mujeres registrada en el Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso (55,5%) (141), condición que podría explicarse por una mayor concentración de mujeres en la educación técnico profesional (178), característica que posee el establecimiento educacional en el que se realizó esta investigación. Otro factor al que podría atribuirse esta característica, ha sido explicado desde el acceso a los servicios de salud según la perspectiva de género, que señala una mayor utilización femenina a todas las edades (179), aspecto que ha sido observado en la fase piloto del control de salud integral del adolescente (180) y en intervenciones orientadas a manejar el estado nutricional entre adolescentes, tanto a nivel nacional (138,181), como internacional (131-133).

La mayor parte de los adolescentes pertenecen a familias biparentales (53,1%), lo que concuerda por lo señalado en el último Censo (52,3%) (181) y, es semejante a lo reportado por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) 2009, donde las familias compuestas por ambos padres corresponden al 58,6% (182).

Además, 2/3 de los/as participantes reportaron pertenecer al nivel socioeconómico bajo (75,3%), situación que concuerda con el nivel socioeconómico predominante en la población de 14 a 17 años de la región de Valparaíso (56,0%), según la información de la última encuesta Casen (183). Sin embargo, es porcentualmente más elevado, tendencia que puede ser explicada porque los/as adolescentes que prefieren la enseñanza técnico profesional, provienen mayoritariamente de los sectores económicos menos aventajados (184). Esta es una característica importante a considerar, ya que un bajo nivel socioeconómico, constituye un factor sociocultural generador de alteraciones nutricionales (36,45,185).

El mayor porcentaje de adolescentes participantes de esta investigación cursaban primero medio (53%), coincidente con los indicadores del Ministerio de Educación, que señalan que el primer nivel de enseñanza media concentra la mayor proporción de estudiantes (177). Esta particularidad, también puede estar influenciada por la participación de los/as adolescentes en actividades a largo plazo, según información entregada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), se observa una participación decreciente de los estudiantes, en diferentes actividades, a medida que aumenta el nivel de educación en la enseñanza media (186).

El buen rendimiento escolar informado por el 70,4% de los/as adolescentes, es concordante con investigaciones que señalan un 80,0% de éxito oportuno, en el avance curricular de los estudiantes de la educación técnico profesional (178), y también con la promoción de cursos entre los diferentes niveles de enseñanza en los liceos de Valparaíso, que reporta una efectividad mayor al 75,0% (141).

El análisis de las características sociodemográficas de los/as adolescentes integrantes de la muestra, indican que son representativas de los/as estudiantes de enseñanza media asistentes a liceos municipalizados de Valparaíso.

El 40,7% de los/as participantes señaló tener experiencia previa en control nutricional. Esta información debe analizarse considerando que la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Beca (JUNAEB) ha notificado que la obesidad en niños/as de primero básico entre los años 2002 y 2005, periodo cursado por los/as adolescentes de la muestra, se mantuvo entre 17,0% y 18,5% (187); si consideramos que a lo menos un 50% de los escolares mantienen esta condición hasta la adultez (188), se hace esperable que una proporción de ellos/as hayan asistido a control nutricional como parte del control de salud infantil.

En relación con el elevado nivel de autoeficacia reportado por los/as adolescentes de la muestra (65,4%), es concordante con los niveles encontrados en investigaciones de diversas temáticas desarrolladas con adolescentes, por ejemplo, respecto a estilos promotores de salud (189), en la autorregulación para el aprendizaje académico (103,190), para la realización de actividad física (191), en adolescentes no fumadores (192), entre otras. Sin embargo, existen diferencias con estudios realizados a adolescentes que presentan malnutrición por exceso, ya que en general, estos informan niveles de autoeficacia moderados (193-195). Ahora bien, altos niveles de autoeficacia favorecen el avance de las personas en las etapas del proceso decisonal, aspecto que fue considerado al desarrollar la consejería de apoyo decisonal en salud (43,44).

Además, la mayor parte de los/as participantes evidenciaron altos niveles de apoyo social (74,0%), aspecto que concuerda con otras investigaciones realizadas a nivel nacional donde los adolescentes informan niveles similares de apoyo social (196,197). Esto indica que los/as adolescentes son capaces de identificar claramente sus redes de apoyo, aunque en la adolescencia se debe tener presente que las características de esas redes pueden actuar como una influencia positiva o negativa frente a la situación nutricional (104,105,198). Estos aspectos fueron

analizados en la sesión “Apoyo de otros significativos” de la consejería, donde se orientó la reflexión respecto a las características de las personas importantes para los/as adolescentes y los aspectos en los que requerían apoyo.

Respecto a las experiencias de bullying atribuibles a la condición nutricional, un tercio de los/as participantes informaron algún tipo de manifestaciones de bullying, proporción más elevada que lo reportado por estudiantes canadienses (18,5%) (199) y daneses (22,6%) (200). Además, los/as adolescentes señalan que las agresiones verbales son las más frecuentes, situación coincidente con investigaciones que han encontrado que el peso es una de las principales causas de burlas entre los estudiantes de secundaria (201).

6.2 Análisis del comportamiento basal del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y hábitos de actividad física

6.2.1 Conflicto decisional

El primer paso para que las personas tomen decisiones que mejoren su salud, es reconocer que existe un problema, habitualmente cuando enfrentan situaciones decisionales se genera conflicto decisional (56), situación por la que se decidió determinar su presencia y el nivel en que los/as adolescentes presentan este conflicto, frente a su situación nutricional.

Al respecto, los adolescentes señalaron una baja presencia ($\leq 11,1\%$) y bajos niveles de conflicto decisional (máximo 25 puntos de 100 puntos totales que presenta la escala), tanto para el conflicto decisional global como para sus dimensiones. Según el modelo conceptual de toma de decisiones en salud, esta situación se observa en personas que no se han planteado la existencia de una situación decisional (62), por lo que se puede inferir que la malnutrición por exceso no constituye un problema que los/as adolescentes visualicen como importante para su salud.

Esto podría explicarse por aspectos propios del crecimiento y desarrollo en esta etapa del ciclo vital. Al respecto, investigadores españoles han evidenciado que la mayor parte de los/as adolescentes (+/-80,0%) tienen la autopercepción de poseer una buena salud física y psicológica, independiente de los problemas de salud que presenten o de los hábitos relacionados con salud que implementen (202).

Otro elemento que puede incidir en este resultado, es el elevado nivel de autoeficacia percibido por los/as estudiantes, ya que se ha postulado que una alta autoeficacia genera sentimientos de optimismo frente a la posibilidad de encontrar soluciones, lo que afecta la percepción de complejidad de dicha tarea y de los recursos existentes para afrontarla, llevando a considerar que siempre existen los medios suficientes para decidir en forma eficiente (203).

Este punto de vista es congruente con variadas investigaciones, que han demostrado que los/as adolescentes refieren contar con conocimientos adecuados para manejar diferentes situaciones de salud (204,205), lo que sumado a su baja percepción de riesgo, los/as lleva a desestimar la posibilidad de ser afectados por alguna alteración de salud (204-206).

En el caso específico de los hábitos de alimentación y actividad física, una investigación multicéntrica desarrollada con adolescentes españoles/as, colombianos/as y mexicanos/as, encontró que la autopercepción de conocimientos en estos temas era elevada, sin embargo, no se reflejaba en sus creencias de salud / enfermedad o en las prácticas de salud implementadas (207). Situación que se observa claramente al analizar los resultados tanto en la subescala conocimientos de las opciones, donde un 88,9% de los/as adolescentes señala tener conocimientos suficientes; así como en la subescala valor otorgado a las opciones donde un 90,1% informó una influencia positiva, lo que implica haber estudiado cada opción y ponderar sus pro y contras con la finalidad de determinar el real significado de su implementación. Esto confirma la alta percepción que tiene estos/as adolescentes, respecto del conocimiento que manejan en esta temática.

Según la evidencia presentada, la conjunción de todos estos aspectos, podrían estar influyendo en la escasa generación de conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso, o dicho de otra forma, la alteración nutricional no es un problema de salud percibido por los/as adolescentes.

6.2.2 Malnutrición por exceso

Al iniciar esta investigación, el mayor porcentaje de adolescentes presentaba obesidad (60,5%). Situación que contrasta con un estudio experimental desarrollado en Noruega, donde el 68,0% de los/as adolescentes participantes fueron diagnosticados con sobrepeso, previo a la intervención (133). Pero, sigue la tendencia mostrada por otra investigación nacional, realizada en Concepción, donde el 77,0% de los/as adolescentes comenzaron la intervención con diagnóstico de obesidad (181).

En relación al percentil de IMC, en los varones de la muestra se observó una mediana de 98,0, concordante con lo mostrado en investigaciones que han realizado intervenciones en adolescentes con malnutrición por exceso, tanto a nivel internacional donde presentaron una mediana de 97,8 (136), como en investigaciones nacionales donde alcanzaron un 97,0 (138).

En cambio, en las mujeres se observan diferencias, ya que lo encontrado en este estudio fue un percentil de IMC de 94,0, y las investigaciones a nivel nacional y en el extranjero han encontrado percentiles de 97,0 y 97,3 respectivamente (136,138).

Estas diferencias pueden explicarse desde dos perspectivas, la primera al considerar aspectos metodológicos, ya que la forma de reclutamiento de los/as participantes en los dos estudios que consideraron esta variable (136,138), fue a través de derivaciones desde centros de salud que pesquisaron la alteración nutricional, por lo que en su mayoría se trataba de participantes obesos/as; en cambio en esta investigación se evaluó el estado nutricional de todos/as los estudiantes y se invitó a participar a aquellos que resultaron con niveles nutricionales sobre lo normal para la edad (sobrepeso u obesidad).

Otro aspecto que podría estar influyendo en esta distribución, es la perspectiva de género para evaluar la salud. Así, los varones que aceptaron participar en esta intervención, en su mayoría se trataba de adolescentes obesos (88,9%), situación que ha sido explicada en otras investigaciones desde el proceso de socialización de género, el cual inculca en los hombres un alto “sentido de invulnerabilidad” (208), promoviendo un modelo curativo de la salud y generando en este caso la participación de aquellos adolescentes que visualizaban claramente su alteración nutricional. En el caso de las mujeres, el porcentaje más alto de participantes presentaba sobrepeso (53,7%), lo que podría deberse a que ellas no solo tienen una mayor utilización de los sistemas de salud, sino que lo hacen bajo una perspectiva más preventiva (179,208,209).

Referente al porcentaje de grasa corporal, fue similar para hombres (35,2%) y para mujeres (35,4%), estos niveles son más bajos que los observados en otras investigaciones, donde hombres presentaban porcentajes en torno al 39,2% y las mujeres entre 40,1% y 42,8% (134,136). En cuanto a este parámetro, aún no existe una estandarización para población infanto-juvenil y estas diferencias pueden deberse a los distintos métodos utilizados para realizar las mediciones, por lo que no es posible realizar mayores análisis al respecto.

6.2.3 Hábitos de alimentación

El desayuno es consumido “siempre” por menos de la mitad de los/as participantes (45,7%), situación muy por debajo de lo observado en la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA) 2010, donde 2/3 de los/as adolescentes entre 14 a 18 años (76,4%) señalaron su consumo diario (210). Pero, al compararlo con adolescentes con malnutrición por exceso, los resultados tienen más similitudes, esto se evidenció en un estudio mexicano donde el 56,0% de adolescentes con sobrepeso consumían desayuno a diario y solo un 20,2% de los adolescentes con diagnóstico de obesidad hacían lo mismo (211).

El bajo consumo diario de desayuno y la malnutrición por exceso en población adolescente, es una asociación reportada por varias investigaciones, así lo informó

una revisión sistemática realizada por especialistas en el tema, no obstante, dejan en claro que las características metodológicas de los estudios analizados, impiden establecer relaciones de causalidad (212).

A pesar de lo anterior, es importante considerar que desde el punto de vista metabólico, la ausencia de consumo de alimentos por más de 12 horas, situación que se produce con la falta de desayuno, generan una combinación de hiperinsulinemia y aumento de cortisol plasmático, que a su vez estimula la hiperfagia, esto hace que las personas tiendan a consumir más calorías en la próxima comida (213), cuando ésta condición se repite en forma sistemática puede incrementar los problemas nutricionales por exceso.

El almuerzo corresponde a la comida de mayor consumo por parte de los participantes (75,3%), lo que concuerda con la ENCA (210), donde los/as adolescentes también reportan que esta es la comida más consumida, aunque en niveles porcentualmente más elevados (94,4%). El consumo de almuerzo tiene una gran influencia cultural y difícilmente comparable entre países (214), pese a ello, estudios han demostrado que los/as adolescentes con sobrepeso y obesidad consumen en menor proporción el almuerzo al compararlos con aquellos/as que tienen un estado nutricional normal (215), condición que podría explicar la diferencia entre el porcentaje obtenido en el presente estudio y lo informado por la encuesta nacional.

La once es una comida que pertenece a la idiosincrasia chilena, es consumida diariamente por la mayor parte de los/as adolescentes de la muestra, pero también en niveles inferiores si se compara con el consumo en población de 14 a 18 años según la ENCA 2010 (65,4% v/s 81,8%) (210).

Por otra parte, la cena es la comida que presenta el menor consumo entre los/as participantes, lo que concuerda con la tendencia presentada por la población chilena general, quienes han mostrado un descenso sostenido en las últimas décadas (210,216,217).

La evidencia recomienda realizar tres comidas principales al día y dos colaciones (a media mañana y media tarde), con un tiempo entre comidas no mayor a cuatro horas, esto permite satisfacer el hambre, completar la digestión, mantener niveles de glicemia estables y entregar un aporte calórico en rangos adecuados (174). Los/as adolescentes, independiente de su estado nutricional, tienden a saltarse una de las tres comidas principales recomendadas (218-220) y, en el caso de los/as adolescentes con malnutrición por exceso las alteraciones en los patrones de alimentación se presentan con mayor frecuencia (211,215), esto es precisamente lo que se observa en el comportamiento alimentario de los/as participantes de esta investigación.

En cuanto al consumo de agua, menos de mitad de los/as adolescentes de la muestra (43,2%) señaló consumir diariamente la cantidad de agua recomendada (6 a 8 vasos al día), estas cifras son coincidentes con lo reportado por una investigación en estudiantes mexicanos de secundaria que encontraron un 43,7% de consumo adecuado de agua al día (219). Según expertos internacionales, el consumo insuficiente de agua es una tendencia observada en niños y adolescentes de países desarrollados y en vías de desarrollo (121,222), situación que se intensifica al aumentar el IMC de la población, ya que se produce un reemplazo del agua por bebidas azucaradas (223).

Respecto del hábito de agregar sal extra a la comida, casi ocho de cada diez adolescentes señaló realizarlo, ya sea siempre o cuando considera que no tiene suficiente, esto difiere con lo observado en adolescentes peruanos quienes mostraron la proporción inversa, es decir, solo dos de cada diez indicó agregar sal a la comida una vez servida (224). El consumo de sal recomendado por la OMS es de 5 grs/día (225), nivel ampliamente sobrepasado por la población chilena general, alcanzando su máximo de ingesta a partir de los 14 años (210,226), lo que se ve reflejado en la alta proporción de estudiantes que indica agregar sal a las comidas en esta investigación. La asociación entre exceso de sal en la dieta y la generación de hipertensión arterial está ampliamente documentada, y es especialmente

preocupante en países como Chile, donde la primera causa de morbimortalidad en adultos son las enfermedades cardiovasculares (225,226).

En cuanto a pedir que les sirvan más luego de terminar de comer, tres de cada cuatro adolescentes indicó realizarlo a veces o siempre, cifras superiores a las encontradas entre estudiantes con malnutrición por exceso de Uruguay, donde tres de cada cinco mantenían esta conducta (227).

Además, la mayor parte de los/as participantes indicaron que entre comidas consumen golosinas como papas fritas, chocolates, helados y galletas (55,6%), comportamiento que concuerda con lo observado en otras investigaciones realizadas a adolescentes con alteraciones nutricionales, pero en cifras proporcionalmente menores a las reportadas por adolescentes mexicanos (87,7%) (211), brasileros (74,4%) (220) y uruguayos (67,0%) (227). Estos alimentos son considerados calorías vacías, es decir, constituyen un gran aporte calórico sin valor nutricional (227).

El consumo de frutas y verduras, fue informado como diario por el 22,2% y el 37,0% de los participantes respectivamente; este consumo es menor al observado en la ENCA, donde el 45,7% de los adolescentes entre 14 a 18 años señaló consumir diariamente las porciones recomendadas de frutas y verduras (210). Al analizar estos datos es importante considerar que gran parte de los adolescentes de la muestra consumían el almuerzo otorgado por la JUNAEB en el mismo establecimiento educacional, en donde se alternaban los días en que se proporcionaba fruta como postre, con los días que entregaba ensalada, lo que limita las posibilidades de consumir diariamente estos alimentos.

Al comparar estos resultados con los obtenidos por otros adolescentes con malnutrición por exceso, se observa que el consumo de frutas es inferior a lo encontrado en estudios realizados en Uruguay (50,0%) (227) y en México, donde las frutas constituyen el cuarto alimento más consumido al día, con un promedio de 145 gr/día, es decir dos unidades (218). En cuanto al consumo de verduras, se observa el fenómeno inverso, donde los/as adolescentes de la muestra presentaron

un consumo mayor que los/as adolescentes uruguayos (21,6%) (227) y que los mexicanos (35 grs/día) (218).

En relación al consumo de productos lácteos, la leche fue el alimento más consumido por los/as adolescentes, cuya ingesta diaria fue reportada por el 43,2% de los/as participantes. Este consumo es mayor a lo observado en adolescentes chilenos según la ENCA 2010 (23,5% de consumo diario) (210) y, que lo encontrado en adolescentes con sobrepeso y obesidad de Brasil (35,0%) (228).

Cabe destacar, que el liceo entregaba diariamente dos porciones de lácteos a los/as estudiantes, el primero correspondiente al desayuno aportado por la JUNAEB y el segundo como parte del programa de desarrollo social comunal “Puente” (229), aumentando así el acceso y disponibilidad de ingesta de este alimento entre los estudiantes, lo que podría explicar las diferencias de consumo observadas con las otras investigaciones.

En cuanto al consumo de pan, el promedio de unidades ingeridas diariamente por los/as participantes fue de 2,6 panes, cantidad mayor a lo informado por los adolescentes de 14 a 18 años en la ENCA, cuyo consumo fue de aproximadamente 176 grs/día, equivalente a 2 unidades (210). Lo recomendado para la etapa de la adolescencia, es consumir 2 a 3 porciones de cereales al día, de los cuales es aconsejable que la mitad corresponda a ingesta de pan (169), y aunque ambos grupos presentan un consumo sobre lo esperado, es mayor entre los integrantes de esta investigación. También es importante considerar que Chile, tiene el consumo de pan per cápita más alto de la Región (230), por lo que no es extraño encontrar un alto consumo de este alimento, considerado en Chile como de primera necesidad.

Las legumbres, son la principal fuente de proteína de origen vegetal, se recomienda su consumo como mínimo una vez por semana e idealmente dos veces a la semana (174). Un cuarto de los/as estudiantes de la muestra (25,7%) informó cumplir con la ingesta ideal y el 72,8% señaló a lo menos un consumo semanal. Con respecto al consumo ideal, es mayor que el reportado por los/as adolescentes chilenos en la

ENCA 2010 (20,6%) (210) y que lo consumido por adolescentes colombianos (<20,0%) (218); pero cercano a lo señalado por estudiantes de secundaria con malnutrición por exceso en Brasil, donde el 27,3% indicó consumir legumbres dos veces por semana (228).

Las fuentes de proteínas animales consumidas por este grupo de estudiantes provienen, en orden de prioridad, del consumo de carnes blancas (pollo y pavo), seguida por la carne de vacuno, en menor proporción las carnes de cerdo, cordero y vísceras y, finalmente el pescado. Este comportamiento es diferente al mostrado por adolescentes uruguayos (227), brasileños (231), mexicanos (232) y argentinos (233), quienes señalan como principal fuente el consumo las carnes rojas, aunque concuerdan en que el pescado es la carne menos consumida (227,231-233). Por otro lado, al comparar este consumo con lo mostrado en la ENCA 2010, se observa que concuerda con lo señalado por la población de nivel socioeconómico bajo (1210), característica predominante en las familias de los/as adolescentes de la muestra, lo que podría explicar este comportamiento alimentario.

El consumo recomendado para carnes blancas, rojas y de pescado, es de una o dos porciones a la semana (169). En el caso de la carne de vacuno, el 71,7% de los/as adolescentes señaló cumplir con la ingesta recomendada, cifra más baja que las observadas en adolescentes brasileños (78,8%) (231) y mexicanos (96,0%) (232). Respeto a la carne de pavo y pollo, el consumo recomendado aumenta, llegando el 86,4% de los/as estudiantes, lo que concuerda con lo informado por adolescentes brasileños 85,4% (231) y, es mayor que lo indicado por adolescentes mexicanos (69,3%) (232). El consumo recomendado de pescado alcanzó un 38,4%, cantidad que triplica lo encontrado por la ENCA 2010 en adolescentes de 14 a 18 años, donde la ingesta llegó solo al 11,1% (210), la ubicación costera de la ciudad donde se realizó la investigación aumenta el acceso a estos alimentos y podría influenciar los resultados obtenidos.

Para las frituras y alimentos con alto contenido graso, se recomienda un consumo escaso, esto es, dos o menos veces al mes (174), situación observada en el 45,6%

de los/as participantes, esta cifra es superior a lo observado en adolescentes brasileros donde solo el 10,9% mostraban un consumo recomendado de estos alimentos (234).

En general, se observa una serie de hábitos alimentarios que podrían estar condicionando la alteración nutricional en este grupo de adolescentes, entre ellas destacan:

- Saltarse una o más de las tres comidas principales del día.
- Bajo consumo de agua, frutas, verduras y lácteos.
- Agregar sal extra a las comidas y solicitar que les sirvan más luego de terminar.
- Consumo frecuente de frituras y otros alimentos que aportan calorías vacías.

Sin duda, una alimentación saludable y organizada constituye una de las alternativas que aportarán a solucionar el problema nutricional de estos/as adolescentes. Sin embargo, aunque señalaron conocer las opciones para hacer frente a su estado nutricional, los hábitos alimentarios mostrados no lo reflejan, por lo que analizar sus características y la factibilidad de su implementación fueron considerados en la formulación de la sesión de “opciones de alimentación”, de la consejería de apoyo decisional en salud.

6.2.4 Hábitos de actividad física

La Encuesta Nacional de Salud 2009–2010, mostró que $\frac{3}{4}$ de la población chilena (75,9%), entre los 15 y 24 años, se caracteriza por ser sedentaria (7), situación que se refleja en la frase que los/as adolescentes de la muestra autoperciben como representativa de la actividad física que realizan, donde ocho de cada diez estudiantes señalaron que básicamente permanecen sentados/as o que no practican actividad física en forma regular.

Respecto a la práctica de actividad física, casi $\frac{2}{3}$ de los/as estudiantes refirieron efectuarla en el último año. Cifras que no muestran concordancia con otras investigaciones especializadas, puesto que son superiores al 58,6% señalado por

adolescentes españoles (235), y más bajas si se comparan con el 73,9% informado por adolescentes portugueses (236), diferencias que podrían explicarse porque no existe consenso en el concepto de actividad física.

En relación con la actividad física realizada en el último mes, poco más de la mitad de los adolescentes indicaron su realización, coincidente con lo mostrado por otro estudio español, donde el 51,8% de los/as participantes reportaron actividad física habitual en el último mes (237).

Y en cuanto a la actividad física en la última semana, menos de la mitad de los/as adolescentes informaron de su práctica, situación que también fue referida por la OMS (238) en adolescentes argentinos (30,7%), uruguayos (32,7%), colombianos (28,9%) y chilenos (38,2%).

Según investigadores nacionales, una de las razones que inciden en la cantidad de actividad física reportada por estudiantes chilenos, es que el sistema escolar municipalizado contempla 90 minutos de ejercicio físico semanal, muy por debajo de la recomendación mínima de 3,5 horas de actividad moderada o vigorosa, por lo que señalan la necesidad de entregar mayores oportunidades en este sentido (240).

Un aspecto que llama la atención al analizar los datos es que la información proporcionada por la frase representativa de la actividad realizada por los/as participantes, no es coincidente con la obtenida cuando se pregunta por la práctica habitual de actividad física, esta discordancia no necesariamente corresponde a una falta a la verdad, podría deberse simplemente a la escasa atención prestada a realizar estas actividades, provocando una alteración al recordar determinadas realidades (241), ya que en general los/as adolescentes entregan sus respuestas sin importar que sean consideradas como correctas o incorrectas (242). Durante las consejerías quedó claro que la cantidad de actividad física realizada por los/as adolescentes, en general, no era muy alta y que el concepto de actividad física, pese a ser definido durante la aplicación del instrumento, era disímil y muchas veces sobreestimado.

Considerando los resultados obtenidos, es importante tener en cuenta que, existe evidencia derivada de investigaciones transversales, que ha relacionado la prevalencia de malnutrición por exceso con la inactividad física (243) y, estudios longitudinales que han demostrado que el sedentarismo favorece el aumento del IMC (244), generando que se produzca un círculo sinérgico, muy difícil de romper. Ambas situaciones, sedentarismo y alteraciones nutricionales por exceso, son consideradas factores condicionantes de la aparición de factores de riesgo cardiovasculares mayores, como la diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia aterogénica (245), todos de alta prevalencia a nivel nacional.

Según la propuesta del modelo de toma de decisiones en salud (56,62), se deben analizar todas las opciones para manejar una problemática, así, al igual que con los hábitos de alimentación, la actividad física es una opción que debe ser analizada por los/as adolescentes en sus procesos deliberativos, deben aclarar las recomendaciones y analizar sus posibilidades e intereses para avanzar en el proceso de toma de decisión.

6.3 Análisis del comportamiento post-intervención del conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física

A continuación, se presenta el análisis de los cambios obtenidos en las variables dependientes, después de la aplicación de las intervenciones, al interior de cada grupo (intervención y control), haciendo énfasis en aquellos que mostraron significancia estadística o que resultan de importancia para los/as adolescentes.

6.3.1 Análisis de los cambios intra-grupo en los niveles de conflicto decisional

La presencia de conflicto decisional global y por dimensiones mostró un leve aumento en el grupo control y, para el grupo intervención presentó una leve disminución, excepto en las dimensiones incertidumbre y valor otorgado a las opciones, que prácticamente no se modificaron. En términos generales, esto habla que la percepción respecto a la problemática que genera en los/as estudiantes su estado nutricional, ha sufrido escasas variaciones, concordando con los

planteamientos que señalan que los/as adolescentes tiene una limitada capacidad para evaluar riesgos y para determinar sus consecuencias a largo plazo (92).

Sin embargo, cuando se analizan los puntajes obtenidos pre y post-intervención se observan diferencias importantes, indicando que, aunque los niveles alcanzados no sean los esperados, los/as adolescentes no permanecen indiferentes frente a esta situación. Las diferencias se acentúan al revisar las puntuaciones según sexo al interior de cada grupo, lo que también ha sido descrito en otras situaciones de salud, como frente a riesgos sociales, elecciones académicas e incluso frente a opciones de apuestas (246) y, atribuidas a diferencias en las concepciones sociales de género y a discrepancias morfofuncionales cerebrales entre hombres y mujeres (246-248), lo que explicaría las distinciones observadas tanto en el proceso deliberativo como en la decisión final.

En cuanto al grupo control hombres, los puntajes promedios obtenidos en la medición post-intervención, aunque se mantuvieron bajo la línea del conflicto, se duplicaron respecto a la medición inicial, dichos aumentos resultaron significativos desde el punto de vista estadístico para las subescalas incertidumbre, conocimiento de las opciones, participación de otros y en la escala global. Según el Modelo Conceptual de Ottawa (56,62), esta es una situación esperable cuando las personas se encuentran en la etapa de pensar acerca de las opciones, por lo que se podría inferir que la participación en el “Control Joven Sano” permitió a estos/as adolescentes reconocer su situación de salud, generando el aumento observado en los puntajes de conflicto decisional.

Algunos investigadores han señalado que, cuando los varones identifican un nuevo contexto o reconocen una situación que los afecta, tienden a reajustar su desempeño en busca de una respuesta específica para resolverlo (247), en este caso, el darse cuenta de su malnutrición por exceso, les permitió iniciar su tránsito por las etapas del proceso decisional (62).

En cuanto al grupo intervención hombres, la media de los puntajes presentaron una reducción en todas las subescalas y la escala global, resultados que, aunque no

mostraron significancia estadística, también permiten visualizar un avance de este grupo en las etapas del proceso decisional, ya que los niveles de conflicto tienden a disminuir cuando las personas están cercanas a seleccionar una opción, cuando están implementando una opción o cuando ya realizaron la elección frente a la situación decisional analizada (56,62), objetivos que fueron planteados por la consejería de apoyo decisional implementada.

En el caso de las mujeres, en el grupo control se observó un pequeño aumento en la media de todas las subescalas y la escala global. Para el grupo intervención, los puntajes se mantuvieron casi sin modificación, en ambos casos las diferencias pre y post-intervención no resultaron estadísticamente significativas. Este comportamiento podría explicarse desde la perspectiva de la neurociencia, donde se ha demostrado que las mujeres utilizan estrategias diferentes a las aplicadas por los hombres para tomar sus decisiones, en general, ellas responden ante las distintas demandas del medio a partir de la compilación de sus experiencias y aprendizaje acumulado, por lo que la incorporación de nuevos contextos no modifica drásticamente estas percepciones (247), esto no significa que no asuman la problemática y busquen soluciones, solo que lo hacen a través de estrategias más globales, lo que probablemente generó menor impacto en los puntajes de conflicto decisional.

6.3.2 Análisis de los cambios intra-grupo en los niveles de malnutrición por exceso

Tanto en el grupo intervención como en el grupo control se observó una reducción de adolescentes que iniciaron la investigación con malnutrición por exceso, con una clara inclinación a favor del grupo intervención (19,5% v/s 2,5%).

Al observar el comportamiento de esta variable según sexo, tenemos que en ambos grupos de hombres (intervención y control) hubo una disminución porcentual de estudiantes con obesidad, pero solo el grupo intervención presentó adolescentes que alcanzaron un estado nutricional normal post-intervención; en cambio en el caso de las mujeres, el grupo control mostró un aumento de las participantes con

obesidad y en el grupo intervención una disminución y, aunque en ambos grupos existieron adolescentes que finalizaron con estado nutricional normal, fue porcentualmente mayor en el grupo intervención.

Los resultados obtenidos por el grupo intervención parecen comparativamente mejores que los del grupo control, no obstante, para analizar adecuadamente estas diferencias es necesario evaluar la evolución de los parámetros que determinan el estado nutricional de los/as adolescentes.

Respecto al percentil de IMC, alcanzó una disminución altamente significativa tanto en los hombres como en las mujeres del grupo intervención; en el caso del grupo control, aunque también existió una disminución en ambos sexos, esta fue mucho más discreta, no reportando diferencias de importancia estadística. En otras investigaciones, esta variable diferenciada por sexo ha evidenciado resultados disímiles, así, un estudio mexicano cuya intervención fue consejería en alimentación y actividad física, con apoyo de redes sociales, no encontró modificaciones importantes en hombres y, en mujeres registró un aumento significativo del IMC (135); por su parte, una investigación en adolescentes norteamericanos/as, donde también se aplicó consejería de alimentación saludable y actividad física, más envío de material de refuerzo por correo electrónico, reportó una disminución del IMC en varones, y una mantención del IMC en mujeres (137).

En cuanto al porcentaje de grasa corporal, también mostró una reducción altamente significativa en los hombres y mujeres del grupo intervención; en el grupo control hubo una disminución significativa en hombres y en mujeres prácticamente no reportó modificaciones. Estos hallazgos tampoco muestran coincidencia con lo encontrado en investigaciones con adolescentes mexicanos y estadounidenses, ya que en las mujeres norteamericanas y en ambos casos de varones no se presentaron variaciones significativas post-intervención en el porcentaje de grasa corporal y, en las mujeres del estudio mexicano hubo un incremento significativo de esta variable (135,137).

La reducción de la malnutrición por exceso en este periodo es crítica, una revisión sistemática concluyó que la obesidad del adulto proveniente de la etapa infanto-juvenil, es mucho más severa que aquella que comienza en la etapa adulta, los/as adolescentes obesos/as tienen un riesgo cuatro veces mayor de presentar dislipidemias y dos a cuatro veces mayor de desarrollar hipertensión arterial (249), la diabetes mellitus tipo 2 ha aumentado por un factor superior a diez en las últimas dos décadas y hasta el 45% de este incremento es atribuible a la obesidad (250), también se ha demostrado un mayor riesgo de enfermedad coronaria (251), entre otras complicaciones. Lo que refuerza la necesidad de contar con intervenciones como ésta, que puedan reducir la malnutrición por exceso en adolescentes y con ello disminuir o retardar la incidencia de estas problemáticas de salud.

Estos hallazgos muestran evidencias objetivas de la reducción en la malnutrición por exceso en el grupo intervención, lo que aporta a validar que las consejerías para la toma de decisión en salud es una alternativa que puede ser utilizada en población adolescente.

6.3.3 Análisis de los cambios intra-grupo en los hábitos de alimentación

Entre los principales cambios observados en la alimentación, encontramos una disminución en el hábito de agregar sal extra en las comidas, si bien este comportamiento fue observado en ambos grupos, solo resultó significativo para el grupo intervención. Esta disminución resulta importante si se considera que una investigación desarrollada con modelos virtuales, demostró que una reducción del consumo de sal en la adolescencia (3 grs/día), podría disminuir entre un 30% a un 43% la hipertensión en la edad adulta (252).

Otro aspecto destacable es que ambos grupos mostraron una disminución frente a pedir que les sirvan más después de terminar de comer, lo que resultó altamente significativo solo en el grupo intervención. Este comportamiento genera una reducción en las porciones consumidas, lo que constituye una comprobada recomendación para mejorar el estado nutricional (253).

Además, el consumo de lácteos mostró un aumento no significativo en el grupo intervención, en cambio en el grupo control presentó una reducción estadísticamente significativa. Disminuciones en la ingesta de lácteos también se observaron en adolescentes mexicanos (135) y brasileros (228), pese a que participaron en estudios que contemplaron intervenciones en alimentación saludable. En general, este es un comportamiento esperable, ya que durante la adolescencia se produce una disminución del consumo de lácteos y su reemplazo por té, café o bebidas gaseosas (254), por lo que mantener su ingesta en el grupo intervención parece ser un logro para la consejería de apoyo decisional en salud.

También el consumo de pan reportó una disminución significativa en el grupo intervención, alcanzando las cifras mostradas por la población adolescente en la ENCA 2010 (210), en cambio el grupo control no mostró modificaciones.

Por otra parte, existen algunos hábitos que no evidenciaron cambios estadísticamente significativos, pero que merecen ser analizados ya que constituyen cambios importantes en los hábitos de alimentación. En relación con el consumo de las comidas principales post-intervención, vale la pena resaltar el aumento en el consumo recomendado de desayuno en ambos grupos, la asociación entre falta de desayuno y la malnutrición por exceso ha sido ampliamente documentada (212), por lo que mejorar su consumo es uno de los objetivos planteados en las guías nutricionales (168).

Otro aspecto destacable es el incremento en el consumo de agua, frutas, verduras y pescado en el grupo intervención y, a su vez preocupante la reducción que presentó el consumo de estos mismos alimentos en el grupo control. Así como también es interesante la disminución en la ingesta de mayonesa, papas fritas y otras frituras en ambos grupos.

Expertos en nutrición han planteado que para lograr mejores resultados nutricionales, es recomendable modificar las conductas alimentarias en forma gradual (253) y, los avances mostrados por el grupo intervención parecieran ir en este sentido, lo que constituye otra muestra que la consejería de toma de decisión

aportó a la evaluación de las opciones para mejorar el estado nutricional de los/as adolescentes.

6.3.4 Análisis de los cambios intra-grupo en los hábitos de actividad física

En la segunda medición se observó mayor concordancia entre la información proporcionada por la frase representativa de la actividad realizada por los/as participantes y la obtenida por la práctica habitual de actividad física, lo que podría indicar que los/as adolescentes han hecho más consciente estas actividades (241).

Además, llama la atención que la práctica de actividad física muestre una tendencia al aumento para el grupo intervención y la tendencia inversa para el grupo control. Una revisión sistemática, realizada por investigadores en actividad física, informó que durante la adolescencia existe un descenso en la actividad física en ambos sexos y, para mantener su práctica se requiere explorar en las motivaciones de los/as adolescentes (255), lo que podría explicar los comportamientos mostrados por los grupos participantes en el presente estudio.

En general, el grupo intervención presentó un aumento significativo en el nivel de actividad, expresado en la frase que representa su actividad física y un aumento significativo en la práctica física realizada el último año y el último mes, también en la actividad de la última semana, aunque esta última no mostró significancia estadística. Al respecto, se debe aclarar que la semana en que se aplicó el post-test coincidió con las pruebas globales de final de semestre, lo que podría haber influido en las respuestas obtenidas. En cambio, el grupo control presentó una disminución, aunque no significativa, en todos los parámetros de actividad física evaluados.

Los resultados observados en el grupo intervención son comparativamente mejores que los reportados por otras investigaciones. Así, estudios realizados con adolescentes mexicanos (135) y españoles (136) no mostraron cambios en la cantidad ni frecuencia de actividad física en la evaluación post-intervención, en ambos casos la intervención tuvo una duración de un año y consistió en talleres educativos más oportunidades de actividades que se ofrecían regularmente a los/as

adolescentes. En otra investigación realizada en México, que consideró la participación de adolescentes y un integrante de su familia para las actividades educativas y las sesiones de actividad física, consiguieron un ligero incremento en el reporte de actividad física, pero sin importancia estadística (256).

La práctica frecuente del ejercicio físico se relaciona de forma positiva con la sensibilidad periférica a la insulina, mejora la función endotelial y el colesterol de alta densidad en los/as adolescentes. Por tal motivo, se aconseja realizar intervenciones motivacionales permanentes en el ambiente escolar y otorgar variadas oportunidades y formas de integración (257).

6.4 Efecto de la consejería de apoyo decisional en salud

El presente estudio se propuso medir los efectos de la consejería de apoyo decisional en salud sobre el proceso decisional y sobre los resultados clínicos, para ello se evaluaron las diferencias en las medias obtenidas pre y post-intervención en las variables dependientes: conflicto decisional, malnutrición por exceso, hábitos de alimentación y de actividad física, entre el grupo intervención y el grupo control.

Conflicto decisional

Respecto al conflicto decisional, los hombres participantes presentaron importantes diferencias, en el grupo intervención se observaron reducciones en los puntajes pre y post-test de la escala y en el grupo control un incremento de ellos. Al analizar la magnitud de esta diferencia, se observa significancia estadística en las dimensiones conocimiento de las opciones, valor otorgado a las opciones y participación de otros en la decisión tomada, lo que generó una diferencia también significativa en el conflicto decisional global.

Esta diferencia puede atribuirse a la incorporación de estos aspectos en las sesiones de la consejería de apoyo decisional en salud ejecutada, donde los adolescentes del grupo intervención reflexionaron respecto a las opciones de manejo de la malnutrición por exceso, los pro y contras de su implementación y la necesidad de la participación de otros para llevar a cabo la decisión que decidieran

tomar. En cambio, los varones del grupo control en la evaluación inicial probablemente identificaron su situación nutricional, lo que constituye un contexto que buscan resolver (247) y, al constatar en la evaluación final que no lograron modificarlo de acuerdo a sus expectativas, pudo producir el incremento registrado en el conflicto decisional.

En el caso de las mujeres, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del grupo intervención y los del grupo control, frente al conflicto decisional. El proceso cognitivo y emocional que involucra tomar decisiones, produce que las mujeres busquen en sus experiencias y conocimientos previos las respuestas para resolver las diferentes situaciones y, cuando se presentan nuevos contextos mantienen su sistema de enfrentamiento (247), lo que puede influir en la mantención de sus puntajes en la escala de conflicto decisional pre y post-intervención.

La experiencia en la ejecución de la consejería de apoyo decisional en salud, permitió constatar que los/as adolescentes se interesan por participar en las decisiones respecto a su salud, situación coincidente con lo mostrado por varias investigaciones cualitativas que han indagado en la temática (118-120).

En este sentido, la OMS ha hecho un llamado a considerar la atención sanitaria de los/as adolescentes como un proceso, no como un evento aislado, y tener en cuenta que ellos/as necesitan tiempo para tomar decisiones y que podrían requerir un apoyo y asesoramiento continuo (258) y, la propuesta realizada por esta investigación responde a esta solicitud, generando una consejería que apoya el proceso deliberativo de los/as adolescentes, respetando sus tiempos y la decisión final.

Malnutrición por exceso

En relación con la malnutrición por exceso, los hombres del grupo intervención y grupo control no presentaron diferencias en los parámetros que evalúan esta variable, situación que se produjo porque ambos grupos presentaron reducciones

tanto en el percentil de IMC como en el porcentaje de grasa corporal. Cambios como éstos son esperables durante la adolescencia, donde se produce un crecimiento denominado “estirón”, que involucra un aumento rápido de estatura con aumento de la masa muscular y ósea, en los varones ocurre entre los 14 y 17 años (259), edades predominantes entre los participantes. Así, esto explicaría en parte o totalmente, que las diferencias observadas intra-grupos no se evidencien en las diferencias entre-grupos de hombres.

En cuanto a las mujeres, la disminución del percentil de IMC y porcentaje de grasa corporal mostrado por el grupo intervención, es significativamente menor que lo alcanzado por el grupo control. En el caso de las mujeres, el estirón de la adolescencia ocurre dos años antes que en los varones, alcanzando su estatura máxima alrededor de los 15 años (259), por lo que las modificaciones mostradas por el grupo intervención pueden atribuirse a la consejería de apoyo decisional.

Ahora bien, una de las críticas realizadas al Modelo de toma de decisiones de salud de Ottawa, es el poco énfasis otorgado a la medición de las características clínicas objetivas (85,86). Considerando este aspecto, la presente investigación incluyó la medición de percentil de IMC y porcentaje de grasa corporal, como parámetros objetivos para determinar la malnutrición por exceso. La significativa reducción en las mediciones de estos indicadores, obtenidas por el grupo intervención mujeres post-consejería, demuestra que, utilizando una intervención basada en la toma de decisiones en salud, es posible conseguir resultados objetivos frente a la malnutrición por exceso en población adolescente.

Hábitos de alimentación

Los hábitos de alimentación fueron los que presentaron menos cambios significativos entre grupos. Sin embargo, todos ellos señalan una mejoría de los comportamientos alimentarios en el grupo intervención.

El grupo intervención mostró un aumento significativamente mayor en el consumo diario de agua y fruta, en el consumo semanal de pescado y disminución en el consumo de pan, todas estas modificaciones constituyen mejoras en la alimentación de los/as adolescentes. En cambio, el grupo control solo evidenció una reducción significativa en el consumo de lácteos, lo que empeora los hábitos mostrados inicialmente.

Al analizar estos resultados es importante considerar que existen factores que limitan las decisiones que pueden tomar los/as adolescentes respecto a la alimentación. Por ejemplo, el almuerzo otorgado por el liceo no contempla la entrega diaria de frutas y verduras, tampoco se pueden adquirir en el kiosco del establecimiento, por otra parte, conseguir que en sus casas se modifiquen los hábitos de alimentación implica un esfuerzo de los adultos, cambios que son más difíciles de implementar. Estos aspectos pudieron influir en que algunos cambios observados no alcanzaran niveles significativos.

Si bien, existen intervenciones que han mostrado mejores resultados en los cambios de hábitos alimenticios en adolescentes (136,258), estos se han desarrollado en población adolescente general, en cambio los estudios realizados en adolescentes con sobrepeso y obesidad han obtenido resultados más discretos e incluso con empeoramiento de hábitos (259).

Hábitos de actividad física

Finalmente, los hábitos de actividad física evidenciaron una mejora significativa en el grupo intervención en la última semana y, un deterioro en el grupo control de la frase que refleja el tipo de actividad que realizan, la actividad realizada en el último año y último mes.

El aumento en la actividad física del grupo intervención no es coincidente con otras investigaciones que no reportaron cambios, aunque también proporcionaron actividades como parte de la intervención implementada, sin embargo, al finalizar dichas actividades, la frecuencia y cantidad de actividad disminuyó a los niveles iniciales (135,136).

Durante la consejería los/as adolescentes expresaron escasas motivaciones personales para desarrollar actividad física, no obstante lo consideraron un comportamiento importante para su salud y un aporte para mejorar su estado nutricional, estas características son propias de la “motivación extrínseca por identificación” que en general estimula a las personas a implementar cambios más permanentes (255), lo que podría explicar que pese a finalizar la actividad deportiva ofrecida como parte de esta investigación, buscaron alternativas para continuar practicando actividad física habitualmente.



Al finalizar esta investigación es posible concluir que la consejería de apoyo decisional en salud, reportó mejores resultados frente al conflicto decisional en los varones del grupo intervención, resultados más efectivos frente a la malnutrición por exceso en las mujeres del grupo intervención y, un mejoramiento en los hábitos de alimentación y actividad física del grupo intervención en general.

Respecto al conflicto decisional

- Comparación al interior de cada grupo:

Los hombres del grupo intervención, presentaron una leve disminución en los puntajes de la escala global y todas las subescalas, aunque sin importancia estadística. Por su parte, el grupo control mostró un aumento significativo en el conflicto decisional global y en las dimensiones incertidumbre, conocimiento de las opciones y participación de otros en la decisión.

En cuanto a las mujeres, el grupo intervención prácticamente no tuvo modificaciones en sus puntajes y, el grupo control presentó leves aumentos, aunque en ambos casos sin diferencias significativas.

- Comparación entre grupos:

En los hombres se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del conflicto decisional global y en las dimensiones conocimiento de las opciones, valor otorgado a las opciones y participación de otros en la decisión tomada, situación provocada por un aumento en los niveles de conflicto del grupo control.

En las mujeres no hubo diferencias entre grupos.

Con estos resultados, no se rechazó la hipótesis establecida para los hombres, indicando que el grupo intervención presentó menor conflicto decisional frente a su malnutrición por exceso, después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los hombres que recibieron Control Joven Sano.

En cambio en las mujeres, esta hipótesis fue rechazada, ya que el grupo intervención no mostró cifras significativamente menores en el conflicto decisional post-intervención, respecto del grupo control.

En relación con la malnutrición por exceso

- Comparación al interior de cada grupo:

El grupo intervención hombres, evidenció una disminución significativa tanto en el percentil de IMC como en el porcentaje de grasa corporal, logrando que el 6,2% de sus integrantes alcanzara un estado nutricional normal al finalizar la intervención. En tanto, el grupo control hombres también redujo ambos indicadores de malnutrición, aunque solo fue significativo para el porcentaje de grasa corporal.

En las mujeres del grupo intervención hubo una reducción significativa del percentil de IMC y porcentaje de grasa corporal, logrando que un 28,0% alcanzara un estado nutricional normal al término de la intervención. En cambio, el grupo control no reportó cambios de importancia, sin embargo, el 3,5% de sus integrantes alcanzó un estado nutricional normal.

- Comparación entre grupos:

Las diferencias en la reducción de la malnutrición por exceso (percentil de IMC y porcentaje de grasa corporal) mostradas por los hombres del grupo intervención y los del grupo control, no demostraron ser estadísticamente significativas.

En el caso de las mujeres, hubo diferencias significativas en la disminución de la malnutrición por exceso presentada entre el grupo intervención y el grupo control, esto, por las reducciones post-intervención en el percentil de IMC y en el porcentaje de grasa corporal del grupo intervención.

Con estos resultados, se rechaza la hipótesis propuesta para los hombres, la cual señala que los integrantes del grupo intervención presentarían menor malnutrición por exceso después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los hombres que recibieron Control Joven Sano.

En contraste, no se rechaza la hipótesis planteada para las mujeres, puesto que la malnutrición por exceso fue significativamente menor en el grupo que recibió la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con las mujeres que participaron del Control Joven Sano.

Respecto a los hábitos de alimentación

- Comparación al interior de cada grupo:

El grupo intervención mostró mejoras en los hábitos de alimentación postintervención, los aspectos que alcanzaron significancia estadística fueron: disminución en el consumo de sal extra en las comidas, pedir que les sirvan más luego de terminar de comer y en el consumo de pan diario.

El grupo control presentó cambios orientados al empeoramiento de los hábitos de alimentación, resultando significativo en la reducción en el consumo de lácteos.

- Comparación entre grupos:

El grupo intervención mostró mejoras comparativamente mayores en el grupo intervención en algunos de los hábitos de alimentación postintervención, los aspectos que alcanzaron significancia estadística son: consumo diario de agua y fruta, en el consumo semanal de pescado y disminución en el consumo de pan.

El grupo control presentó cambios orientados al empeoramiento de los hábitos de alimentación, resultando significativo en la reducción en el consumo de lácteos, respecto del grupo intervención.

Aunque, los/as adolescentes del grupo intervención presentan mejores hábitos de alimentación después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los adolescentes que recibieron Control Joven Sano, se rechaza la hipótesis, ya que los cambios significativos fueron proporcionalmente escasos en relación al conjunto de aspectos involucrados en los hábitos de alimentación.

Respecto a los hábitos de actividad física

- Comparación al interior de cada grupo:

El grupo intervención mejoró significativamente en cuanto a la frase que representa el tipo de actividad que realizan y, respecto a la práctica ejecutada

en el último año y en el último mes, la misma tendencia se observó en la última semana pero no alcanzó diferencias estadísticamente significativas.

El grupo control presentó una disminución de la actividad física practicada, lo que también se reflejó en la frase que lo representa, aunque estos cambios no resultaron significativos.

- Comparación entre grupos:

El grupo intervención presentó una mejoría significativamente mayor que el grupo control, en relación a la práctica de actividad física ejecutada en la última semana.

El grupo control presentó una disminución de la actividad física practicada significativamente mayor que el grupo intervención, lo se reflejó en la frase que lo representa, en la actividad física realizada en el último año y en el último mes.

Estos hallazgos indican que no es posible rechazar la hipótesis que señala que los/as adolescentes del grupo intervención presentan mejores hábitos de actividad física después de la consejería de apoyo decisional en salud, en comparación con los/as adolescentes que recibieron Control Joven Sano.

Con todo lo expuesto, es posible afirmar que la consejería de apoyo decisional en salud es una alternativa efectiva de intervención, para el manejo de la malnutrición por exceso en población adolescente.

El presente estudio dio respuesta a los objetivos planteados, sin embargo, existen algunos aspectos que limitaron su implementación:

- Limitaciones en la aplicación de las sesiones de consejería: debido a que el establecimiento educacional solo permitió realizar las intervenciones al finalizar el horario académico, sumado a que los/as estudiantes de tercero y cuarto medio realizaban actividades prácticas fuera del liceo dos a tres días a la semana.
- Dificultades con el espacio para realizar la consejería: el liceo entregó las facilidades para ocupar salones y salas de clases disponibles, sin embargo no siempre eran los mismos espacios, esto se redujo implementando una unidad de consejería de fácil traslado, sin embargo, generó que en algunas oportunidades los/as adolescentes no llegaran al lugar.
- Tiempo dedicado a las consejerías: los/as adolescentes tienen un tiempo limitado de concentración e interés en los temas a tratar, más aún si se realiza luego de su jornada académica, por lo que traspasar el material de las sesiones a un medio interactivo podría disminuir el tiempo y mantener la atención.
- Complejidad para realizar citaciones: los/as adolescentes cambian de número telefónico muy rápidamente lo que dificultó su utilización como medio de citación, para salvar esta situación, se utilizó facebook para comunicarse con el grupo intervención, con el grupo control se realizaron coordinaciones con el personal de biblioteca para verificar teléfonos y entregar citaciones.
- Trabajo y tiempo necesario para coordinar las derivaciones: los controles por nutricionista y psicólogo fueron realizados por la tesista, se efectuaron considerando el número de estudiantes y el grupo al que pertenecían (intervención y control), esto implicó mayor trabajo al programado inicialmente.

Desde el punto de vista metodológico:

- Se trata de un diseño cuasiexperimental aplicado a grupos intactos, el cual tiene algunas desventajas como el no controlar todas las variables involucradas, en este caso no fue posible controlar el efecto de las derivaciones realizadas. Respecto al uso de grupos intactos, pueden presentarse problemas de validez interna, para ello se compararon todas las mediciones del pre-test y se buscó que no existieran diferencias de importancia.
- Además, se trabajó con adolescentes pertenecientes a un solo establecimiento educacional, con un fuerte componente socioeconómico y un tamaño muestral relativamente bajo por lo que los hallazgos obtenidos requieren ser analizado en este contexto, ya que bajo otras características es posible encontrar un patrón de resultados distinto.



A la luz de los resultados obtenidos y considerando los alcances del fenómeno de la malnutrición por exceso entre población adolescente, surgen las siguientes recomendaciones:

Desde la perspectiva social:

- El programa de salud integral del adolescente debería ser incorporado de forma permanente e incluir un seguimiento de los/as adolescentes en las diferentes problemáticas de salud que surjan, ya que el “control joven sano” propuesto hasta ahora actúa como un control diagnóstico aislado.
- Generar el cargo de enfermera/o escolar, existente en muchos países incluso a nivel latinoamericano, pudiendo depender del establecimiento educacional o del CESFAM al que pertenece el establecimiento educacional. En la actualidad los establecimientos educacionales cuentan con profesionales de áreas diferentes a la pedagogía, como trabajadores/as sociales y psicólogos/as, la presencia de un profesional de enfermería generaría un equipo multidisciplinario para desarrollar más eficientemente actividades de promoción y prevención en salud, entre escolares y adolescentes.
- La toma de decisiones en salud debe ser abordada multidisciplinariamente, ya que los aportes de distintas disciplinas contribuyen a que los/as usuarios/as tomen mejores decisiones respecto a su salud.
- Incorporar medios de infocomunicación en intervenciones con adolescentes, por ejemplo las redes sociales, como una estrategia de acercamiento entre los profesionales de salud y una población escasamente intervenida.

Desde la perspectiva profesional:

Ámbito asistencial

- Incorporar consejerías de toma de decisiones en salud en la atención de adolescentes, ya que permite apoyar sus procesos deliberativos al enfrentarse a decisiones que mejoren su salud, especialmente en situaciones de

malnutrición por exceso. En ellas debe involucrarse un equipo transdisciplinario, que aplique y coordine las actividades que se programen.

- Generar instancias de capacitación para que los profesional de enfermería cuente con los conocimientos y habilidades específicas para implementar la consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por exceso.
- Utilizar los conocimientos del modelo de toma de decisiones en salud de Ottawa para crear nuevas intervenciones en otras situaciones de salud y a otros/as usuarios/as.

Ámbito de educación

- Transformar el material educativo utilizado en la intervención a formatos interactivos, que proporcionen más dinamismo a la consejería.
- Dar a conocer la consejería de apoyo decisional en adolescentes con malnutrición por exceso e incorporar el Modelo de toma de decisiones de salud de Ottawa en los planes curriculares de pre y post-grado, para ser utilizada en nuevas intervenciones de enfermería.
- Establecer fluidos intercambios docente – asistenciales que faciliten la transferencia de conocimientos y habilidades que incorporen el Modelo conceptual de toma de decisiones en salud.

Ámbito de gestión

- Mejorar la efectividad de las actividades de consejería del Programa de Salud del Adolescente, referente al manejo de la malnutrición por exceso utilizando la consejería de apoyo decisional en salud.
- La consejería de apoyo decisional en salud debe ser implementada y coordinada por un grupo de profesionales, ya que involucra una serie de actividades y sectores que deben participar.

Ámbito de investigación

- Analizar y proponer nuevos puntos de corte en la escala de conflicto

decisional, para establecer su presencia entre adolescentes, considerando las características de crecimiento y desarrollo propia de esta etapa de vida.

- Replicar esta investigación en adolescentes de otros contextos a fin de aumentar la evidencia de la efectividad de esta intervención.
- Realizar estudios de costos que incluya la implementación de recursos humanos y materiales de esta consejería por cada adolescente y los contraste con los gastos que genera un/a usuario/a con malnutrición por exceso y diagnosticado con las co-morbilidades crónicas no transmisibles más frecuentes, a través de modelos virtuales de proyección.
- Incentivar la realización de investigaciones en enfermería que pongan a prueba teorías propias, como un aporte a la salud de los/as adolescentes.
- Realizar investigaciones cualitativas que indaguen en los significados otorgados por los/as adolescentes a la consejería de apoyo decisional en salud, esta información podría contribuir a mejorar su eficacia y eficiencia.

Desde la perspectiva disciplinar:

- Dar a conocer ampliamente los resultados obtenidos en esta investigación, por cuanto representan la articulación entre componentes teóricos y su implementación en los sistemas de cuidados, constituyendo un acercamiento real entre las teorías de enfermería y la práctica que debemos ejercer.
- Estimular una formación académica que aumente la aplicación de teorías de enfermería, incrementando el conocimiento propio, donde se incluya la consejería de apoyo decisional en salud.
- Aumentar la evidencia en la aplicación del Modelo conceptual de toma de decisiones en salud de Ottawa en la salud de los/as adolescentes u otros/as usuarios/as.

1. Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002, reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra Suiza; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Génova – OMS; 2004.
3. Rodríguez L, Pizarro T. Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile. Rev Chil Pediatr. 2006; 77 (1): 70-80.
4. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2/3): 136-44.
5. Ministerio de Salud de Chile. Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño(a) menor de 6 años. [en línea] 2004. [fecha acceso 18 de diciembre 2011]. Disponible en: www.redsalud.gov.cl/archivos/.../NORMMALNUT 2007.pdf
6. Vio F, Salinas J. Promoción de la salud y calidad de vida en Chile: una política con nuevos desafíos. Rev chil nutr. 2006; 33 (supl. 1): 252-9.
7. Ministerio de Salud de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. [en línea] 2010. [fecha acceso 18 de diciembre 2011]. Disponible en: [www.minsal.gob.cl/portal/docs/ page/minsalcl/g.../ ens2010.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g.../ ens2010.pdf)
8. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011 – 2020. Santiago de Chile: 2011.
9. Ministerio de Salud Chile. Estado de avance en los objetivos de impacto y desarrollo. Capítulo II: enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago de Chile: 2008.

10. Ministerio de Salud de Chile. Intervención Nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. 2 Ed. Santiago de Chile: 2010.
11. Ministerio de Salud de Chile. Propuesta de trabajo Estrategia Global contra la Obesidad (Ego – Chile). [en línea] 2006. [fecha acceso 18 de diciembre 2011]. Disponible en: http://www.ego-chile.cl/paginas/documentos_2.htm
12. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Tercer Informe. Evaluación externa de las acciones realizadas en las EGO-escuelas para el Ministerio de Salud. Santiago de Chile: 2010.
13. Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant A. Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition Journal. [en línea] 2005. 4:24 [fecha acceso 26 de mayo 2012]. Disponible en: <http://www.nutritionj.com/content/4/1/24>
14. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity. 2006; 1: 11-25.
15. Rodríguez V, Orozco M, Santamaría S, Suárez A, Iglesias H, Tolentino A. Salud y obesidad en adolescentes. Revista Científica Electrónica de Psicología. [en línea] 2010. [fecha acceso 26 de mayo 2012]. Disponible en: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=10
16. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO Internacional Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obs Rev. 2004. 5 (Suppl 1): 4-104.
17. Bibiloni MM, Pons A, Tur JA. Prevalence of Overweight and Obesity in Adolescents: A Systematic Review. ISRN Obesity. [en línea] 2013. [fecha acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/392747/>
18. Wang Y, Wang J. A comparison of internacional referentes for the assessment of child and adolescent overweigh and obesity in different populations. European Journal of Clinical Nutrition. 2002; 56: 973-82.

19. Shamah T, Villalpando S, Rivera J. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
20. Blüher U, Meigen C, Gausche R, Keller E, Pfäffle R, Sabin M, et al. Age-specific stabilization in obesity prevalence in German children: A cross-sectional study from 1999 to 2008. *Int J Pediatr Obes.* 2011; 6 (2): 199-206.
21. Roberts KC, Shields M, de Groh M, Aziz A, Gilbert JA. Overweight and obesity in children and adolescents: Results from the 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Statistics Canada, Catalogue 82-003-XPE Health Reports.* 2012; 23(3): 37-41.
22. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA.* 2012; 307(5):483-90.
23. Castetbon K, Vernay V, Deschamps V, Malon A, Hercberg S. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du programme national nutrition santé (ENNS, 2006). *Obes Rev.* 2008; 3: 19-26.
24. Toselli S, Argnani L, Canduci E, Ricci E, Gualdi-Russo E. Food habits and nutritional status of adolescents in Emilia-Romagna, Italy. *Nutr Hosp.* 2010; 25(4): 613-21.
25. Nakano T, Sei M, Ewis A, Munakata H, Onishi Ch, Nakahori Y. Tracking overweight and obesity in Japanese children; a six years longitudinal study. *J Med Invest.* 2010; 57: 114-23.
26. The NHS Information Centre, Lifestyles Statistics. Acting as a 'hub' for high quality, national, comparative data, we deliver information for local decision makers, to improve the quality and efficiency of care. 2010.
27. Khasnutdinova SL, Grjibovski AM. Prevalence of stunting, underweight, overweight and obesity in adolescents in Velsk district, north-west Russia: A cross-sectional study using both international and Russian growth referentes. *Public Health.* 2010; 124 (7): 392-7.

28. Muzzo B. Evolución de los problemas nutricionales en el mundo. El caso de Chile. *Rev chil nutr.* 2002; 29(2): 78-85.
29. Abraham W, Blanco G, Coloma G, Cristaldi A, Gutiérrez N, Sureda L. ERICA: Estudio de los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *Rev Fed Arg Cardiol.* 2013; 42(1): 29-34
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009; [en línea] 2010. [fecha acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/comentario.pdf
31. Neufeld L, Rubio M, Gutiérrez M. Nutrición en Colombia II: Actualización del estado nutricional con implicaciones de política. Colombia: Banco Interamericano de Desarrollo, 2012.
32. Ministerio de Salud (Costa Rica), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Encuesta Nacional de Nutrición: Costa Rica 2008-2009. Costa Rica: Instituto nacional de Estadísticas y Censos, 2010.
33. Ferrer M, Rodríguez C, González MT, Díaz MB, Núñez M. Obesidad, hipertensión y tabaquismo: señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes de la secundaria básica "Guido Fuentes". *Rev Cubana Invest Bioméd.* [revista en la Internet] 2009 jun [fecha acceso 15 de agosto 2014]; 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002009000200006&lng=es
34. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a. ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2013.
35. Ministerio de salud Pública de la República de Uruguay Ministerio de Desarrollo Social, Junta Nacional de Drogas. Adolescencias: Un mundo de preguntas. II Encuesta mundial de salud adolescente _ GSHS 2012. Montevideo, 2013.

36. American Academy of Pediatrics, Comité on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003; 112: 424 – 30.
37. Sassi F. Obesity and the economics of prevention. Francia: Secretary-General of the Organization Economic Cooperation Development; 2010.
38. Guerra C, Cabrera A, Santana I, González A, Almaguer S, Urra T. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia: ¿Una nueva batalla?. *MediSur*. 2009; 7(1): 61-9.
39. Steele M, Bindler R, Power T. The relationship between self-efficacy for behaviors that promote healthy weight and clinical indicators of adiposity in a sample of early adolescents. *Health Educ Behav*. 2011; 38 (6): 596-602.
40. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(3):357-60.
41. Tsai A, Williamson D, Glick H, Direct medical cost of overweight and obesity in the United States: a quantitative systematic review. *Obes Rev*. 2011; 12(1): 50–61.
42. Ibarra J, Alarcón M. Mal nutrición por exceso en escolares. *Rev Chil Pediatr*. 2010; 81 (6): 506-14.
43. Konttinen H, Silvertoinen K, Sarlio-Lähteenkorva S, Männistö S, Haukkala A. Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92 (5): 1031-9.
44. Van der Horst K, Chin M, Twisk S, Van Mechelen W. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med. Sci. Sports Exerc*. 2007; 39 (8): 1241-50.
45. Organización panamericana de la salud. Seminario experiencias exitosas en la prevención de la obesidad infantil. Santiago de Chile: OPS/OMS, 2013.
46. Weatherspoon LJ, Venkatesh S, Horodyski MA, Stommel M, Brophy-Herb HE. Food Patterns and Mealtime Behaviors in Low-Income Mothers and Toddlers. *J Commun Health Nurs*. 2013; 30(1): 1-15.

47. Budd GM, Hayman LL. Addressing the childhood obesity crisis: a call to action. *Am J Matern Child Nurs.* 2008; 33(2):111-8.
48. Domínguez P, Olivares S, Santos J. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición.* 2008; 58(3): 249-55.
49. Rodzik M, Sherer S, Neistein L. Psychosocial development in normal adolescents. In: *Adolescent health care. A practical guide.* 5 ed. Baltimore USA: Williams & Wilkins; 2007. p 27-31.
50. Wray L, Stone E. The role of self-esteem and anxiety in decision making for self versus others in relationships. *J. Behav. Dec. Making.* 2005; 18: 125-44.
51. Comité regional andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Colombia: 2010.
52. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para el control salud de Adolescentes: "Control Joven Sano". Santiago de Chile. 2012.
53. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años. Santiago de Chile. 2003.
54. Hodgson MI. Evaluación Nutricional – Riesgos nutricionales. En: *Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Salud y Desarrollo del Adolescente.* [en línea] 2012. [fecha acceso 11 de enero 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion06/M2L6Leccion.html>
55. Ministerio de Salud de Chile, Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad. Santiago de Chile. 2002.
56. Teslovich T, Mulder M, Franklin NT, Ruberry EJ, Millner A, Somerville LH, et al. Adolescents let sufficient evidence accumulate before making a decision when large incentives are at stake. *Dev Sci.* 2014; 17 (1): 59-70.

57. Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nat Neurosci.* 2012; 15(9):1184-91.
58. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(3):462-7.
59. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS, 2008.
60. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Análisis por Género del Comportamiento Alimentario y el Ejercicio Físico en el Caribe. Jamaica: OMS/OPS, [en línea] 2000. [fecha acceso 15 de mayo 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-00-11.pdf>
61. Lau-Walker M. Relationship between illness representation and self-efficacy. *J Adv Nurs.* 2004; 48(3): 216-25.
62. O'Connor A, Jacobsen M. Decisional conflict: supporting people experiencing uncertainty about options affecting their health. Canada. [en línea] 2007. [fecha acceso 15 de septiembre 2012]. Disponible en: http://homeless.ehclients.com/images/uploads/W2_Ottawa_Decision_Making_tool--_Reading-1.pdf
63. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
64. Hallström I, Elander G. Decision making in paediatric care: An overview with reference to nursing care. *J Nurs Ethics.* 2005; 12(3): 223-38.
65. International Council Nurses. Las enfermeras: Una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud. Ginebra, Suiza: International Council Nurses. 2014.
66. Siurana J. Ética de los profesionales de la salud. En: La riqueza ética de las profesiones. Chile: RIL editores; 2010. p 189-224.
67. Mendoza S, Jofré V, Valenzuela S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Invest Educ Enferm.* 2006; 24 (1): 86-92.

68. Pierce P, Hicks F. Patient decision-making behaviour. An emerging paradigm for Nursing Science. *Nursing Reserch*. 2001; 50 (5): 267-74.
69. Organización Mundial de la salud. Los cuidados primarios de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de salud. Ginebra Suiza. [en línea] 1978. [fecha acceso 30 de mayo 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
70. O'Connor A. Consumer/patient decision support in the new millennium: Where should our research take us? *CJNR*. 1999; 30 (4): 257-61.
71. Stacey D, Légaré F, Puliot S, Kryworuchko J, Dunn S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis. *Patient Educ Counsel*, 2010; 80: 164-72.
72. O'Connor A, Rostov A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BJM*. 1999; 319: 731-4.
73. Elwyn G, Miron-Shatz T. Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. *Health Expect*. 2010; 13(2):139–47.
74. O'Connor A. Validation of decisional conflict scale. *Medical decision making*. 1995; 15: 25-30.
75. Kee F. Patient's prerogatives and perceptions of benefit. *BMJ*. 1996; 312 (7036): 958-60.
76. O'Connor A, Pennie R, Dales R. Framing effects on expectations, decisions, and side effects experienced: The case of the influenza immunization. *J Clin Epidemiol*. 1996; 49 (11): 1271-6.
77. O'Connor A, Tugwell P, Wells G, Elmslie T, Jolly E, Hollingworth G, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Counsel*. 1998; 33 (3): 267-79.
78. Ajzen I, Fishbein M. Scaling and testing multiplicative combinations in the expectancy-value model of attitude. *J Appl Soc Psychol*. 2008; 38 (9): 2222-47.

79. O'Connor A. Decisional conflict. In Nursing Diagnosis and intervention: Planning for patient care. 3 ed. Toronto, Canada: Mosby Company; 1997. pp. 489-96.
80. Carpenito L. Nursing Diagnosis: Application to clinical practice. 13 ed. Philadelphia, U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
81. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2005 – 2006. Madrid, España: Elsevier S.A; 2005.
82. Rider M. Intrapartum Nursing: Integrating Rubin's framework with social support theory. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003; 32 (1): 76-82.
83. Norbeck J. Social support: a model for clinical research and application. Adv Nurs Sci. 1981; 3 (4): 43-59.
84. Ruiz A, Perestelo L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012; 26(Supl.1) :158-61.
85. Degner L, Kristjanson L, Bowman D, Sloan J, Carriere K, O'Neil J, et al. Information need and decisional preferences in women with breast cancer. JAMA. 1997; 277 (18): 1485-92.
86. O'Connor A. Using patient decision aids to promote evidence-based decision making. Evid Based Med. 2001; 6: 100-2.
87. Kryworuchko J, Stacey D, Bennett C, Grahama I. Appraisal of primary outcome measures used in trials of patient decision support. Patient Educ Couns. 2008; 73 (3):497–503.
88. Simon D, Loh A, Harter M. Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007; 101 (4): 259–67.
89. Byrnes JP. The development of self-regulated decision making. In The development of judgment and decision making in children and adolescent. New Jersey, United Stated: Lawrence Erlbaum Associates; 2005. pp. 5-38.

90. Organización Naciones Unidas. Convention on the Rights of the Child. New York, United States: ONU; 1989.
91. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Justicia de Chile. Derechos Niños y Adolescentes [en línea] 2004. [fecha acceso 10 Nov 2014]. Disponible en: http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/101/todo_derechos.pdf
92. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and paediatric decision making. *J Med Phil.*2010; 35:518-25.
93. Fantasia HC. Concept analysis: Sexual decision-making in adolescence. *Nursing Forum.* 2008; 43(2): 80-90.
94. Galvan A, Hare T, Voss H, Glover G, Casey BJ. Risk-taking and the adolescent brain; who is at risk? *Dev Sci.* 2007;10(2): 8-14.
95. Reyna VF, Farley F. Risk and rationality in adolescent decision making. Implications for theory, practice, and public policy. *Psychol Sci Publ Interest.* 2006; 7(1):1-44.
96. Suris J, Parera N. Sex, drugs and chronic illness: Health behaviours among chronically ill youth. *Eur J Public Health.* 2005; 15: 484-8.
97. Villamarín F, Sanz A. Autoeficacia y salud: investigación básico y aplicaciones. En: Salanova M, Grau R, Martínez MI, Cifre E, Llorens S, García-Renedo M. *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia.* Castellón de la Plana (España): Publicaciones de la Universidad Jaime I DI; 2004. p. 199-32.
98. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc Enferm.* 2007; XIII (1): 9-15.
99. Bandura A. Self- efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982; 2: 122-47.
100. Holloway A, Watson H. Role of selfefficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8:106-15.

101. Carrasco MA, Del Barrio MV. Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*. 2002; 14(2): 323-32.
102. Nunes M, Mendonca K, Righetto R. Auto-eficácia, lócus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento (Curitiba)*. 2006 (jan-mar); 24(44): 27-36.
103. Cartagena M. Relación entre la autoeficacia en el rendimiento escolar y los hábitos de estudio en el rendimiento académico en alumnos de secundaria. *REICE*. 2008; 6(3): 59-99.
104. Orcasita L, Uribe A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychol Av Discip*. 2010; 4(2): 69-82.
105. Orcasita L, Uribe A. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescents del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de psicología*. 2012; 30(2). 371-406.
106. Médez P, Barra E. Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhe*. 2008; 17(1): 59-64.
107. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. The solid facts. 2003.
108. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfer Glob*. [en línea] 2009; 8(2) [fecha acceso 15 de marzo 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>
109. Avendaño M, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedad crónica. *Ter Psicol*. 2008; 26 (2): 165-72.
110. Ekbäck M, Benzein E, Lindberg M, Årestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) – a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11:168.

111. Misuti G, Cava MJ. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. 2003; 12(2): 179-92.
112. Ulate D. Biopsychosocial risk and perception of the functionality of the family amongst adolescents from sixth grade in de Jesús Jiménez School. *Acta méd costarric*. 2013; 55(1): 18-23.
113. Fermino R, Rech C, Ferreira A, Rodriguez C, Siqueira R. Atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio de Curitiba, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6): 986-95.
114. Vega C, Martínez L, Nava C, Soria R. Calidad de red como variable moduladora de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio. *Liberabit: Lima (Perú)*. 2010; 16(1): 105-12.
115. Yubero S, Ovejero A, Larrañaga E. Apoyo social percibido en el contexto escolar y victimización entre iguales durante la adolescencia. *Revista de psicología social*. 2010; 25(3):283-93.
116. Uribe AF, Orcasita LT, Aguillón E. Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución de Santander, Colombia. *Psychol av discip*. 2012 (jul-dic); 6 (2): 83-99.
117. Plata CN, Riveros MC, Moreno JH. Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas de bullying en un colegio del municipio de Chía. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2010(jul-dic); 4(2): 99-112.
118. Stengenga K, Ward-Smith P. The adolescent perspective on participation in treatment decision making: a pilot study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2008; 25(2): 112-7.
119. Pousset G, Bilsen J, De Wilde J, Benoit Y, Verlooy J, Bomans A, et al. Attitudes of adolescent cancer survivors toward end-of-life decisions for minors. *Pediatrics*. 2009; 124(6): 1142-8.
120. Lipstein EA, Muething KA, Dodds CM, Britto MT. "I'm the one taking it": adolescent participation in chronic disease treatment decisions. *J Adolesc Health*. 2013; 53(2): 253-9.

121. Dobkin LM, Perrucci AC, Dehlendorf C. Pregnancy options counseling for adolescents: overcoming barriers to care and preserving preference. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2013; 43:96-102.
122. Sung L, Regier DA. Decision making in pediatric oncology: Evaluation and incorporation of patient and parent preferences. *Pediatr Blood Cancer*. 2013; 60: 558-63.
123. Miller VA, Drotar D. Decision-making competence and adherence to treatment in adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(2): 178-88.
124. Rhee H, Hollen PJ, Belyea MJ, Sutherland MA. Decision-making program for rural adolescents with asma: A pilot study. *Pediatr Nurs*. 2008 Dic; 23 (6): 439-50.
125. Chen YY. The effectiveness of different approaches to media literacy in modifying adolescents' responses to alcohol. *J Health Commun*. 2013. 18: 723-39.
126. Wyatt KD, Prutsky G, Domecq JP, Erwin P, Brinkman WB, Montori VM, et al. Study protocol: a systematic review of pediatric shared decision making. *Systematic Reviews*. [en línea] 2013. 2:48 [fecha acceso 12 oct 2014]. Disponible en: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/48>
127. Campos C, Urrutia M, Lange I, Campos S, Campos M. Trabajo académico en red en torno a la toma de decisiones en salud. *Cienc enferm*. 2005; XI (1): 25-35.
128. Jofré V, Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Cienc enferm*. 2005; XI (1): 37-49.
129. Bunn H, Lange I, Urrutia M, Campos M, Campos S, Jaimovich S, et al. Health preferentes and decision-making needs of disadvantaged women. *Journal of advanced Nursing*. 2006; 56 (3): 247-60.
130. Campos S, Pérez J. Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución de peso corporal en mujeres. *Rev chil nutr*. 2007; 34 (3): 213-8.

131. Jelalian E, Lloyd-Richardson EE, Mehlenbeck RS, Hart ChN, Flynn-O'Brien K, Kaplan J, et al. Behavioral weight control treatment combined with supervised exercise or peer enhanced adventure for overweight. *J Pediatr.* 2010 (dic); 157(6): 923-8.
132. Lloyd-Richardson EE, Jelalian E, Sato A, Hart ChN, Mehlenbeck R, Wing RR. Two year follow-up of an adolescent behavioral weight control intervention. *Pediatrics.* 2012 (Ago): 130 (2): 281-8.
133. Riiser K, Løndal K, Ommundsen Y, Småstuen MC, Misvær N, et al. The outcomes of a 12 week internet intervention aimed at improving fitness and health related quality of life in overweight adolescents: the young and active controlled trial. *Plos ONE.* 2014; 9(2): e114732
134. García-Calzón S, Molerés A, Marcos A, Campoy C, Moreno LA, Azcona-Sanjulián MC, et al. Telomere length as a biomarker for adiposity changes after a multidisciplinary intervention in overweight/ obese adolescents: the EVASYON study. *Plos ONE.* 2014; 9(2): e89828
135. Elizondo-Montemayor L, Gutiérrez NG, Moreno DM, Monsiváis FV, Martínez U, Nieblas B, et al. Intervención para promover hábitos saludables y reducir obesidad en adolescentes de preparatoria. *Estudios Sociales.* 2014; 43: 218-39.
136. González-Jiménez E, Cañadas GR, Lastra-Caro A, Cañadas-De la Fuente GA. Efectividad de una intervención educativa sobre nutrición y actividad física en una población de adolescentes. *Prevención de factores de riesgo endocrino-metabólicos y cardiovasculares. Aquichan.* 2014; 14(4): 549-59
137. Norman G, Huang J, Davila EP, Kolodziejczyk JK, Carlson J, Covin JR, et al. Outcomes of a 1-year randomized controlled trial to evaluate a behavioral 'stepped-down' weight loss intervention for adolescent patients with obesity. *Pediatr Obes.* 2015. doi: 10.1111/ijpo.12013.
138. Marín V, Rodríguez L, Buscaglione R, Aguirre ML, Burrows R, Hodgson MI, et al Programa MINSAL-FONASA para tratamiento de obesidad infanto-juvenil.

Rev Chil Pediatr. 2011; 82(1): 21-8.

139. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Alcances de la Investigación Exploratoria. En: Metodología de la Investigación. 6ª Ed. 2014, México: Mc Graw-Hill, p. 99-118.
140. Calva JJ. Estudios clínicos experimentales. En: Hernández M. Epidemiología: Diseño y análisis de estudios. 2007, México: Editorial Médica Panamericana. P. 61-117.
141. Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso. Plan anual de desarrollo educacional municipal 2014. [en línea] 2014. [fecha acceso 04 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.cmvalpo.cl/v2/wp-content/uploads/2014/03/Padem2014.pdf>
142. O'Connor A. User manual – Decisional conflict scale. [en línea] 2010. [fecha acceso 12 de enero 2011]. Disponible en: http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
143. Streiner D. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. J Pers Assess. 2003; 80 (3): 217-22.
144. Urrutia M, Campos S, O'Connor A. Validación de una versión en español de la escala de conflicto decisional. Rev Méd Chile. 2008; 136 (11): 1439-47.
145. Cuadra L. (Universidad de Concepción, Sede Concepción) Instrumento de Diagnóstico de los estilos de vida de la comunidad Universidad de Concepción, Sede Concepción, en base a sus condicionantes de Salud. Estudiantes; Nov 2004. Proyecto de Investigación N° 204.163.09-1
146. Schwarzer R, Jerusalem W. Generalized self-efficacy scale. In: J. Weinman, J. Wright and M. Johnston. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, England. WFER-WELSON. 1995, p.35-7.
147. Schwarzer R, Bähler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang J. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. J Appl Psychol. 1997; 46 (1): 69-88.

148. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile* 2010; 138: 551-7
149. Schwarzer R. Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale. [en línea] 2011. [fecha acceso 15 de febrero 2013]. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff_public.htm
150. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988; 52 (1): 30-41
151. Zimet G, Powell S, Farley G, Werkman S, Berkoff K. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived. *J Pers Assess.* 1990; 55(3-4): 610-7.
152. Arechavala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región Metropolitana. *Cienc Enferm.* 2002; 8 (1): 49-55.
153. Ortíz M, Baeza M. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Rev univ psychol.* 2011; 10 (1): 189-96.
154. Schawarzer R. Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale. [en línea] 2011. [fecha acceso 17 de febrero 2013]. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/faq_gse_220405.pdf
155. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V, Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm Global* [en línea] 2015; 14 (3): 125-36 [fecha acceso 25 de julio 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.3.200551>
156. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. Santiago de Chile; 2013.
157. Ministerio de Salud de Chile. Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes. Orientaciones administrativas para el control de salud integral de adolescentes. Santiago de Chile; 2012.

158. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. Balance de Gestión Integral 2013. [en línea] 2013. [fecha acceso 11 de febrero 2015]. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/595/articles-114845_doc_pdf.pdf
159. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales dirigidas a los equipos de atención primaria. Santiago de Chile, 2011.
160. Rodríguez Y, Rubio MA. Bases conceptuales de la consejería en Enfermería. In *Crescendo*. 2010; 1(2): 319-23.
161. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales. Santiago de Chile; 2011.
162. Castro E, Padilla MP, Solís L. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2009; 72(4): 228-30.
163. Alderson P. Competent children minors' consent to health care treatment and research. *Soc Sci Med*. 2007; 67: 2272-83.
164. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción. Washington D.C, USA; 2005.
165. Secretaría de Salud de México. Manual sobre consejería en VIH/SIDA e ITS. México D.F; 2006.
166. Gagnete S. Pierda peso sin perder su salud. Guía realista para controlar su peso. 4ta ed. Grafricentro. San José: Costa Rica. 2006.
167. Weineck J. Salud, ejercicio y deporte. Activar las fuerzas con un entrenamiento adecuado. Editorial Paidotribo. Barcelona: España. 2001.
168. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Toma un buen desayuno todos los días. [en línea] 2014. [fecha acceso 07 de febrero 2014]. Disponible en: <http://www.inta.cl/Consumidores/Revistas/Desayuno.pdf>

169. González CG, Olivares S, Zacarías I, Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (INTA). Guía de alimentación del adolescente de 11 a 18 años. [en línea] 2014. [fecha de acceso 22 de Agosto 2014] Disponible en: http://www.inta.cl/revistas/Diptico11_18a.pdf
170. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing. 3ra ed. Guilford Press. New York: United States. 2012.
171. Emanuel E, Wendler D, Grady C. What make clinical research ethical?. JAMA. 2000; 283(20): 2701-11.
172. Kain J, Olivares S, Castillo M, Vio F. Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares. Rev chil pediatr. 2001; 72(4): 308-18.
173. Arratia A. Bioética y toma de decisiones en Enfermería. Bioéticaweb [en línea] 2004. [fecha acceso 18 de diciembre 2011]. Disponible en: <http://bioeticaweb.com/content/view/28/90/>
174. Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Norma general técnica N° 148 sobre guías alimentarias para la población. 2013. [citado 22 de Agosto 2014]. Disponible en: http://www.inta.cl/doc_noticias/GUIAS_ALIMENTARIAS_2013.pdf
175. Weinstein J. Joven y alumno. Desafíos de la enseñanza media. Última década. 2001; 15: 99-119.
176. Baeza J. Estudiantes de educación media: ni mejores ni peores, solo diferentes. Calidad en la educación. 2005; 23: 27-61.
177. Ministerio de Educación de Chile. Indicadores de la educación en Chile 2007-2008. Santiago de Chile. 2010.
178. Sepúlveda L, Ugalde P, Campos F, Centro de investigación y desarrollo de la educación. La Enseñanza Media Técnico Profesional en Chile: Orientaciones actuales desde la perspectiva de sus actores. [en línea] 2010. [fecha acceso 25 de septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.mineduc.cl/usuarios/mineduc/doc/201204241130130.DiagnOsticoEducaCiOnTPCentrodeEstudiosMINEDUC.pdf>

179. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6): 327-34.
180. Subsecretaría de salud pública, Ministerio de Salud de Chile. Servicio de digitación, construcción de base de datos y elaboración de informe de resultados de ficha CLAP, en el control de salud integral de adolescentes. [en línea] 2012. [fecha acceso 15 de septiembre 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/estudiosituacionadolescente.pdf>
181. Soto BJ, Werner CM, Mosso CC, Celis BM. Caracterización de adolescentes que ingresan a policlínico de nutrición del adolescente de la unidad adolescencia de la facultad de Medicina Universidad de Concepción, atendidas durante los años 2008-2012. *Rev Chil Pediatr*. 2012; 83 (Supl 1):4
182. Instituto Nacional de Estadística de Chile. La familia chilena en el tiempo. [en línea] 2010. [fecha acceso 15 de septiembre 2015]. Disponible en: http://www.ine.cl/filenews/files/2010/noviembre/pdf/enfoquefamilia_11_11_10.pdf
183. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta Casen 2009. [en línea] 2010. [fecha acceso 15 de septiembre 2015]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/casen_2009_familia.pdf
184. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Casen 2009, niños niñas y adolescentes, Síntesis de resultados. 2014. [fecha acceso 5 de octubre 2015]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_ninos_adolescentes.pdf
185. Figueroa D. Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde Soc São Paulo*. 2009; 18(1): 103-7.

186. Instituto Nacional de la Juventud (Chile). Boletín área de estudios. 2013. [fecha acceso 5 de octubre 2015]. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wpcontent/files_mf/2boletinestudios_viencuesta92.pdf
187. Atalah E. Epidemiología de la obesidad en Chile. Rev Med Clin Condes. 2012; 23(2) 117-23.
188. Burrows R. Obesidad infantil y juvenil: alteraciones metabólicas y comorbilidades. En: Albala C, Kaín J, Burrows R, Díaz E. Obesidad: Un desafío pendiente. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A; 2000. p. 150-7.
189. Porras MN. Autoeficacia y estilo promotor de salud en adolescentes de un área suburbana de Nueva León. [tesis doctoral]. Nueva León (México): Universidad Autónoma de Nueva León; 2002.
190. Rosário P, Lourenço A, Paiva MO, Núñez JC, González-Pienda JA, Valle A. Autoeficacia y utilidad percibida como condiciones necesarias para un aprendizaje académico autorregulado. Anales de psicología. 2012; 28(1): 37-44.
191. De Souza CA, Rech CR, Sarabia TT, Rodriguez CR, Siqueira R. Autoeficácia e atividade física em adolescentes de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2013; 29(10):2039-48.
192. Olivari C, Barra E. Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. Ter Psicol. 2005; 23(2): 5-11.
193. Whittemore R, Jeon S, Grey M. An internet obesity prevention program for adolescents. J Adolesc Health. 2013; 52(4): 439-47.
194. Jauregui EE, López JR, Macías AN, Porras S, Reynaga-Estrada P, Morales JJ, et al. Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. Spor TK: Revista euroamericana de ciencias del deporte. 2013; 2(2), 69-75.

195. Bruening M, Kubik MY, Kenyon D, Davey C, Story M. Perceived barriers mediate the association between self-efficacy and fruit and vegetable consumption among students attending alternative high schools. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110(10): 1542-6.
196. Barra E, Cancino V, Lagos G, Leal P, San Martín J. Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y salud.* 2005; 15(2): 231-9.
197. Méndez P, Barra E. Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhe.* 2008; 17(1): 59-64.
198. Arias N, Marqués MP, Calvo MD, Sánchez AB, Quiroga E, García RM. La red social del adolescente: la influencia de la amistad en el desarrollo de hábitos obesogénicos. *Enferm Global [en línea]* 2015; 14 (2): 264-75 [fecha acceso 25 de julio 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/214801>
199. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics.* 2004; 113: 1187-94.
200. Brixval CS, Rayce SLB, Rasmussen M, Holstein BE, Due P. Overweight, body image and bullying—an epidemiological study of 11- to 15-years olds. *Eur J Pub Health.* 2011; 22(1): 126-30.
201. Field AE. Predictors and consequences of childhood obesity. In: Hu FB. *Obesity Epidemiology.* Oxford (U.S.A): Oxford University Press; 2008. p. 416-36.
202. Latorre JM, Montanés J. Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés.* 2004; 10(1): 111-25.
203. Luna ACA, Laca FAV. Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de psicología (Perú).* 2014; 32(1): 39-65.

204. Nuño-Gutiérrez BL, Álvarez-Nemegyei J, Madrigal-de León E, Rasmussen-Cruz B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*. 2005; 28(5): 64-70.
205. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil MD, Ballester R. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes colombianos. *Ter Psicol*. 2007; 25(1): 39-50.
206. Moral MV, Rodríguez FJ, Ovejero A, Sirvent C. Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*. 2009; 21(3):207-20.
207. Roales JG, Moreno E, Vinaccia S, Contreras F, Fernández H, Londoño X, et al. Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. *Rev Lat Am Psicol*. 2004; 36(3): 483-503.
208. Schiavon R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes. En: Stern C. *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México DF: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos; 2008. pp. 301-24.
209. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev salud pública (Colombia)*. 2007; 9(1): 26-38.
210. Departamento de Nutrición, Escuela de Nutrición, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Encuesta nacional de consumo alimentario. Informe final. [en línea] 2013 [fecha acceso 25 de Septiembre 2015]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
211. Quintero-Gutiérrez AG, González-Rosendo G, Rodríguez-Murguía NA, Reyes-Navarrete GE, Puga-Díaz R, Villanueva- Sánchez J. Omisión del desayuno, estado nutricional y hábitos alimentarios de niños y adolescentes de escuelas públicas de Morelos, México. *CyTA - Journal of food*. 2013; 12(3): 256-62.

212. Szajewska H, Ruszczynski M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Crit Rev food sci nutr* 2010; 50(2): 113-9.
213. Albero R, Sanz A, Playán J. Metabolismo en el ayuno. *Endocrinol Nutr.* 2004; 51(4):139-48.
214. Amador M. La obesidad en la adolescencia. En: Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza. Publicación científica n°576. Washington DC, USA: Organización Panamericana de la Salud; 2000. pp 125-32.
215. Calleja A, Muñoz C, Ballesteros MD, Vidal A, López JJ, Cano I, et al. Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. *Nutr Hosp.* 2011; 26(3):560-5.
216. Collect GfK. Encuesta de consumo de frutas y verduras en Chile. Santiago de Chile. 2008.
217. Adimark GfK. Obesidad, Creencias, actitudes y hábitos de los chilenos. Santiago de Chile. 2011.
218. Osorio O, Amaya MCP. Panorama de prácticas de alimentación de adolescentes escolarizados. *Av enferm.* 2009; XXVII (2): 43-56.
219. Macedo-Ojeda G, Bernal-Orozco MF, López-Uriarte P, Hunot C, Vizmanos B, Rovillé-Sausse F. Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara. *Antropo (México).* 2008; 16: 29-41.
220. Moura M, Silva L, Freire R, Pessoa N, Rodrigues D, Coehlo M. Hábitos alimentares en adolescentes de escolas particulares: implicações para a prática da enfermagem pediátrica. *Rev enferm UERJ (Rio de Janeiro).* 2010 (jul-sep); 18(3):417-22.
221. Patel AI, Hampton KE. Encouraging consumption of water in school and child care settings: Access, challenges, and strategies for improvement. *Am J Public Health.* 2011; 101(8): 1370-9.

222. Bellisle F, Thornton SN, Hébel P, Denizeau M, Tahiri M. A study of fluid intake from beverages in a sample of healthy French children, adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr.* 2010; 64: 350–5.
223. Grimes CA, BNutrDiet (Hons), Riddell LJ, Campbell KJ, Nowson CA. Dietary salt intake, sugar-sweetened beverage consumption, and obesity risk. *Pediatrics.* 2013; 131 (1): 14-21.
224. Sáez Y, Bernui I. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de instituciones educativas. *An Fac med.* 2009; 70(4):259-65.
225. Campbell NRC, Dary O, Cappuccio FP, Neufeld LM, Harding KB, Zimmermann MB. Need for coordinated programs to improve global health by optimizing salt and iodine intake. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 32(4): 281-6.
226. Saieh C, Lagomersino E. Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. *Rev Chil Pediatr.* 2009; 80(1): 11-20.
227. Gambetta JC, Haladjian M, Castillos J, Seré G, Blanco C, Sayaguez B, et al. Obesidad y factores de riesgo cardiovascular en la edad pediátrica. *Arch Pediatr Urug.* 2008; 79(1): 7-14.
228. Bernardini M, Schiavoni D, Pizzi J, Thomazi P, Bisato P, Rampazzo N, et al. Hábitos nutricionais de adolescentes obesos envolvidos em um programa de orientação nutricional. *Nutrire.* 2014;39(3):319-26.
229. Ministerio de Desarrollo Social (Chile), Red de protección Social. Manual de apoyo a la gestión de servicios sociales comunales [en línea]. Ministerio de Desarrollo Social; 2014 [Acceso 13 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.chilesolidario.gob.cl/manual/Puente/caso8puente.html>
230. Oficina de estudios y políticas agrarias, Ministerio de Agricultura (Chile). Evolución del consumo aparente de los principales alimentos en Chile: 2003 – 2013. Santiago de Chile. 2014.
231. Formoso MC, Carvalho S, Baptista AM, Araujo CL, Celestino B, et al. Consumo de carnes por adolescentes do Sul do Brasil. *Rev Nutr (Campinas).* 2012; 25(4):463-72.

232. Ortiz-Hernández L, Gómez-Tello L. Food consumption in Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(2):127-35.
233. Mulassi A, Hadid C, Borracci R, Labruna MC, Picarel A, Robilotte A, et al. Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(1):45-54.
234. De Vargas R, Correa L, Celestino B, Miranda R, Do Nascimento W, González-Chica D. Consumo diario de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(12):3739-50.
235. Abarca-Sos A, Zaragoza J, Generelo E, Julián J.A. Comportamientos sedentarios y patrones de actividad física en adolescentes. *Rev int med cienc act fís deporte*. 2010; 10 (39): 410-27.
236. Marques A, Gaspar de Matos M. Adolescents' physical activity trends over the years: a three-cohort study based on the health behavior in school-aged children (HBSC) Portuguese survey. *Science & Sport*. [en línea] 2014; [Acceso 28 noviembre 2015]. 29 (Supl). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159714001646>
237. Castillo I, Balaguer I. Patrones de actividades físicas en niños y adolescentes. *Educación física y deportes*. 1998; 54(4): 22-9.
238. Organización Mundial de la Salud. Global school based student health survey (GSHS). [en línea] OMS; 2004 [Acceso 05 diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/gshs/es/>
239. Burrows R, Díaz E, Sciaraffia V, Gattas V, Montoya A, Lera L. Hábitos de ingesta y actividad física en escolares, según tipo de establecimiento al que asisten. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 53-63.
240. Gerrig RJ, Zimbardo PG. *Psicología y vida*. 17ma ed. Ciudad de México: Prentice Hall; 2005. p. 704. Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social (Chile). 7ma encuesta nacional de juventud 2012. Santiago de Chile: Editora MAVAL Ltda; 2013. 177 p.

241. Tremblay MS, Willms JD. Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003; 27: 1100-5.
242. Elgar FJ, Roberts C, Moore L, Tudor-Smith C. Sedentary behaviour, physical activity and weight problems in adolescents in Wales. *Public Health.* 2005; 119: 518-24.
243. Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Departamento de Programas de las Personas, Programa Salud del Adulto. Normas Técnicas Dislipidemias. Santiago de Chile; 2000.
244. García-Gallegos A, Geargantzís N, Jaramillo-Gutiérrez A. El papel del género en la toma de decisiones bajo incertidumbre. *Cuadernos económicos de ICE.* 2009; 77: 151-63.
245. Cardona JF, Herrera E, López J. Diferencias de género en la toma de decisiones. *Cultura, educación, sociedad.* 2011; 2(1): 35-42.
246. Rodríguez-Ponce E, Cuadra-Peralta A, Sjoberg-Tapia O. Género y conflicto en la toma de decisiones. *Revista venezolana de estudios de la mujer.* 2012; 17(38): 191-206.
247. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens.* 2006; 24(2): 215-33.
248. Lee WW. An overview of pediatric obesity. *Pediatr Diabetes.* 2007 (Dic); 8(9): 76-87.
249. Morrison JA, Friedman LA, Gray-McGuire C. Metabolic Syndrome in childhood predicts adult cardiovascular disease 25 years later: The Princeton Lipid Research Clinics follow-up study. *Pediatrics.* 2007 (Ago); 120 (2): 340-5.

250. Reuters America Latina. Menos sal para los adolescentes significa adultos más sanos. [en línea] Reuters; 2010 [Acceso 05 diciembre 2015]. Disponible en: <http://lta.reuters.com/article/topNews/idLTASIE6AE0NV20101115>
251. Perea-Martínez A, López-Portillo L, Bárcena-Sobrino E, Greenawalt-Rodríguez S, Caballero-Robles TR, Carbajal-Rodríguez L, et al. Propuestas para la atención continua de niños y adolescentes obesos. *Acta Pediatr Mex.* 2009; 30(1): 54-68.
252. Aguirre ML, Castillo C, Le Roy C. Desafíos emergentes en la nutrición del adolescente. *Rev Chil Pediatr.* 2010; 81(6): 488-97.
253. Garita E. Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. *Revista MH Salud.* [en línea] 2006; [Acceso 28 noviembre 2015]. 3 (1). Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/318>
254. Sáenz-Soto N, Gallegos EC. Efecto de intervención física sobre alimentación y actividad física en adolescentes mexicanos con obesidad. *Texto Contexto Enferm.* 2004 (ene-mar); 13(1):17-25.
255. Schmitz KH, Jacobs DR, Hong CP, Steinberger J, Moran A, Sinako AR. Association of physical activity with insulin sensitivity in children. *Int J Obs Relat Metab Disord.* 2002 (oct); 26(10): 1310-6.
256. Organización Mundial de la Salud. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. Ginebra, Suiza; 2015.
257. Papalia DE, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: *Desarrollo Humano.* 11va ed. México DF: Mc Graw-Hill; 2009. p. 352-89.
258. Martínez MI, Hernández MD, Ojeda M, Mena R, Alegre A, Alfonso JL. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. *Nutr Hosp.* 2009; 24(4): 504-10.

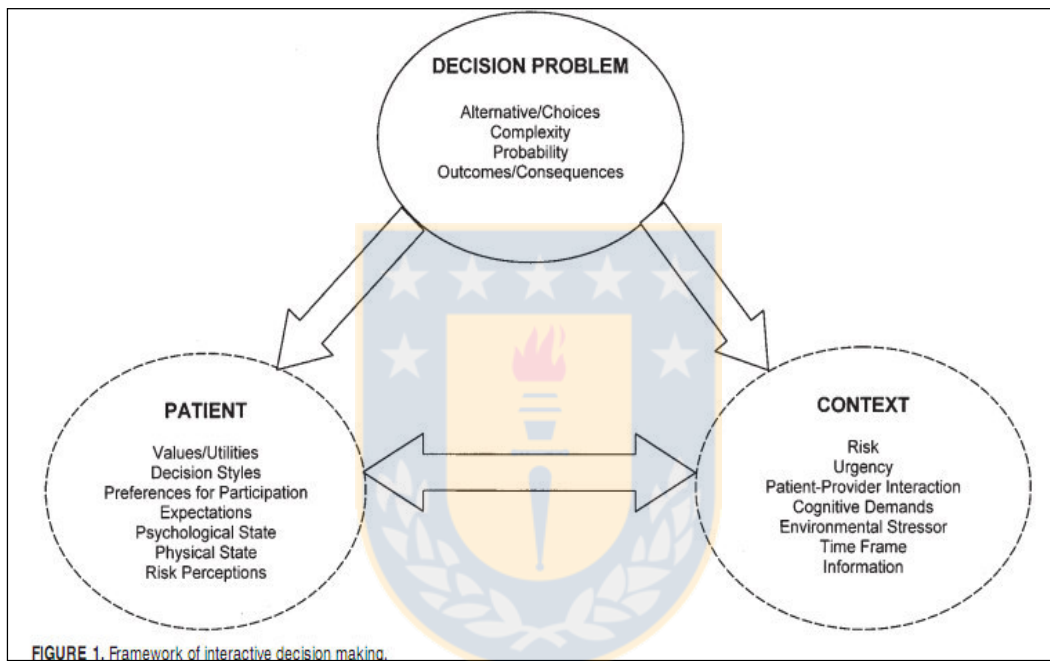
259. Soares L, Campos C, Kluczynik C, Cruz B, Silva A. Changes in the frequency of food intake among children and teenagers: monitoring in a reference service. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21 (4): 973-81.



ANEXOS

ANEXO A: Marco de interacción en la toma de decisión

Extraído de Pierce and Hicks. Patient Decision-Making behavior. Nursing Research, 2001.



ANEXO B: Definición nominal y operacional de variables

NOMINAL	OPERACIONAL
VARIABLES INDEPENDIENTES	
<p>Consejería de apoyo decisional en salud Participación en la totalidad de las sesiones basadas en el modelo conceptual de apoyo a la toma de decisiones en salud de Ottawa, donde los/as adolescentes con malnutrición por exceso, asistidos por un profesional de enfermería, eligen opciones de intervención a su situación de salud (incluyendo no hacer nada). Puede incorporar asesoría por parte de nutricionista, psicólogo y profesor de educación física.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la participación en el programa de consejería de apoyo en toma de decisiones en salud, obteniéndose dos alternativas de respuesta: Sí participa. No participa.</p>
<p>Control joven sano Participación en la atención de salud integral de adolescentes aplicado por un profesional de enfermería, contempla la evaluación del estado de salud y el normal crecimiento y desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo. Puede incorporar asesoría por parte de nutricionista, psicólogo y profesor de educación física.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la participación en el control joven sano, obteniéndose dos alternativas de respuesta: Sí participa. No participa.</p>

NOMINAL	OPERACIONAL
VARIABLES DEPENDIENTES	
<p>Conflicto Decisional Dificultad para identificar la mejor alternativa de acción a tomar porque la elección implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores personales.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación y análisis de la escala de conflicto decisional, está compuesta por 16 ítems, presentados como escala de likert de 5 opciones, donde 0 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo.</p> <p>Los puntajes de los 16 ítems se suman, se divide por 16 y se multiplica por 25 logrando un puntaje de 0 a 100.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de Conflicto <ul style="list-style-type: none"> 0 – 50: Ausencia 51 – 100: Presencia 2. Nivel de Conflicto <p>Según puntaje total obtenido la escala de 0 a 100 puntos, donde a mayor puntaje mayor conflicto decisional.</p>
<p>Incertidumbre decisional Estado de indecisión acerca de cuál curso de acción tomar, frente a una situación de salud específica.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación y análisis de la sub-escala incertidumbre decisional, correspondiente a la primera dimensión en la escala conflicto decisional, está compuesta por 3 ítems, presentados como escala de likert de 5 opciones, donde 0 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo.</p> <p>Los puntajes de los 3 ítems se suman, se divide por 3 y se multiplica por 25 logrando un puntaje de 0 a 100.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de incertidumbre decisional <ul style="list-style-type: none"> 0 – 50: Ausencia 51 – 100: Presencia 2. Nivel de incertidumbre decisional <p>Según puntaje total obtenido la escala de 0 a 100 puntos, donde a mayor puntaje mayor incertidumbre decisional.</p>

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Conocimiento de las opciones Información manejada por el usuario respecto de su situación de salud, todas las opciones viables de manejo, los beneficios y daños que cada opción puede reportar y los resultados esperados en cada opción.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación y análisis de la sub-escala de conocimientos de las opciones, segunda dimensión en la escala conflicto decisional, está compuesta por 3 ítems, presentadas como escala de likert de 5 opciones, donde 0 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo.</p> <p>Los puntajes de los 3 ítems se suman, se divide por 3 y se multiplica por 25 logrando un puntaje de 0 a 100.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos de las opciones <ul style="list-style-type: none"> 0 – 50: Suficientes, bajo conflicto 51–100: Deficientes, alto conflicto 2. Nivel de conocimiento de las opciones <ul style="list-style-type: none"> Según puntaje total obtenido la escala de 0 a 100 puntos, donde a mayor puntaje mayor contribución al conflicto.
<p>Valor otorgado a las opciones Determinación que realiza el usuario con la finalidad de juzgar lo que más le importa tanto de los riesgos como de los beneficios de cada opción.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación y análisis de la sub-escala de valor otorgado a las opciones, tercera dimensión en la escala conflicto decisional, está compuesta por 3 ítems, presentadas como escala de likert de 5 opciones, donde 0 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo.</p> <p>Los puntajes de los 3 ítems se suman, se divide por 3 y se multiplica por 25 logrando un puntaje de 0 a 100.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valor otorgados a las opciones <ul style="list-style-type: none"> 0 – 50: Positiva en resolución del conflicto 51–100: Negativa, contribuye al conflicto 2. Nivel de valor otorgado a las opciones <ul style="list-style-type: none"> Según puntaje total obtenido la escala de 0 a 100 puntos, donde a mayor puntaje mayor contribución al conflicto.

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Participación de otros Identificación que realiza el usuario del apoyo necesario, especialmente de personas significativas, que podrían participar en la decisión que están tomando.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación y análisis de la sub-escala de participación de otros en la decisión, corresponde a la cuarta dimensión en la escala conflicto decisional, está compuesta por 3 ítems, presentadas como escala de likert de 5 opciones, donde 0 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo.</p> <p>Los puntajes de los 3 ítems se suman, se divide por 3 y se multiplica por 25 logrando un puntaje de 0 a 100.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participación de otros <ul style="list-style-type: none"> 0 – 50: Apoyo suficiente para tomar la decisión 51–100: Apoyo insuficiente, contribuye al conflicto 2. Nivel de participación de otros <ul style="list-style-type: none"> Según puntaje total obtenido la escala de 0 a 100 puntos, donde a mayor puntaje mayor contribución al conflicto.
<p>Satisfacción con la decisión tomada Corresponde al sentimiento que se genera cuando el usuario ya ha tomado una determinada decisión respecto a su salud.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación y análisis de la sub-escala satisfacción con la decisión efectiva y satisfactoria, correspondiente a la quinta dimensión en la escala conflicto decisional, está compuesta por 4 ítems, presentados como escala de likert de 5 opciones, donde 0 corresponde a totalmente de acuerdo y 4 a totalmente en desacuerdo.</p> <p>Los puntajes de los 4 ítems se suman, se divide por 4 y se multiplica por 25 logrando un puntaje de 0 a 100.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participación de otros <ul style="list-style-type: none"> 0 – 50: Satisfecho/a con la decisión 51–100: Insatisfecho/a con la decisión 2. Nivel de participación de otros <ul style="list-style-type: none"> Según puntaje total obtenido la escala de 0 a 100 puntos, donde a mayor puntaje mayor contribución al conflicto.

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Malnutrición por exceso Categoría diagnóstica de alteración del estado nutricional ubicada sobre los límites establecidos según edad y sexo. Se produce a consecuencia de una ingesta superior a las pérdidas, generando un aumento del tejido graso corporal.</p>	<p>Esta variable se midió a través de las medidas antropométricas de peso y talla de los/as adolescentes, en condiciones estandarizadas según “Norma del Programa Nacional de Salud Integral del Adolescentes y Jóvenes”. Posteriormente, se calculó IMC (razón entre peso y el cuadrado de la estatura), corregido según sexo y edad biológica o cronológica estipulada en la norma.</p> <p>Obteniendo dos tipos de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percentil de IMC: Valor continuo entre 85 y 100, obtenido al analizar el IMC del participante según edad y sexo. 2. Presencia de malnutrición por exceso: donde el percentil de IMC se clasificará en: <ul style="list-style-type: none"> - Sobrepeso: IMC entre percentil 85 y < p 95 - Obesidad: IMC en percentil > p 95 <p>Además, se evaluó por medio del Porcentaje de grasa corporal mediante bioimpedanciometría, obteniendo un valor continuo.</p>
<p>Hábitos de alimentación Comportamientos habituales, que han sido adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en el tipo y frecuencia de alimentación del/ la adolescente.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación del subcuestionario de hábitos alimentarios elaborado por el Programa de Estrategia contra la Obesidad, de la Universidad de Concepción.</p> <p>Está compuesto por las primeras 12 preguntas, entregando información de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de consumo. - Tipo de alimentos consumidos. - Cantidad de alimentos consumidos
<p>Hábitos de actividad física Comportamientos habituales, que han sido adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en el tipo y frecuencia de actividad física del/ la adolescente.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación del subcuestionario de hábitos de actividad física elaborado por el Programa de Estrategia contra la Obesidad, de la Universidad de Concepción.</p> <p>Está constituido por 4 preguntas (14 a 17), que indican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Característica - Frecuencia de actividad física.

VARIABLES INTERVINIENTES	
NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Edad Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento de recolección de datos en la fase exploratoria.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características biosociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde el encuestado marcó con una X indicando su edad en años cumplidos y tuvo 8 posibilidades de respuesta: 13 - 14 - 15 - 16 - 17 – 18 - 19 años.</p>
<p>Sexo Características biológicas y fisiológicas que definen hombres o mujeres.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características biosociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde el encuestado marcó con una X indicando su sexo, con 2 opciones de respuesta: Hombre o Mujer.</p>
<p>Tipo de familia Conformación familiar determinada por la presencia y características de sus integrantes.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características biosociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde el encuestado marcó con una X la presencia de los miembros de su familia, presentando las siguientes opciones: Padre – Padrastro – Madre – Madrastra – Hermanos – Abuelos – Tíos – Primos – Otros.</p> <p>Con la información entregada se clasificó el tipo de familia en 3 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biparental: con ambas figuras parentales, con o sin otros miembros. - Monoparental: con una sola figura parental, y con o sin otros miembros. - Sin figura paterna: no hay presencia de figura parental, el/la adolescente vive solo/a o acompañado/a de hermano/as.

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Nivel socioeconómico (NSE) Tributo familiar determinado por el nivel de ingresos económicos que es compartido y extensible a todos sus miembros.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la información de ingresos económicos informados por el apoderado al liceo donde se realizó el estudio. Posteriormente se calculó el nivel de ingreso per capita de cada hogar, dividiendo el total de ingresos familiares por el número de integrantes del mismo. El NSE se clasificó en las siguientes categorías: - NSE Bajo: Ingreso per cápita igual e inferior \$106.214 (I y II quintil) - NSE Medio: Ingreso per cápita entre \$106.215 – \$301.741 (III y IV quintil). - NSE Alto: Ingreso per cápita mayor de \$301.741 (V quintil o superior).</p>
<p>Escolaridad Año académico de educación secundaria, en el cual se encuentra matriculado el estudiante.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características biosociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde el encuestado marcó con una X indicando el año académico que cursa, con 4 opciones de respuesta: primero medio, segundo medio, tercero medio o cuarto medio.</p>
<p>Rendimiento escolar Medida de las capacidades del estudiante, expresado a través de la calificación final obtenida el año complementario anterior.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características biosociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde el encuestado marcó con una X el rango en el que se encuentra la calificación final obtenida el año anterior, cuenta con 4 opciones de respuesta, que posteriormente serán clasificadas en las siguientes categorías de rendimiento: - 1,0 – 3,9: Deficiente, no le permitió avance académico. - 4,0 – 4,9: Suficiente, le permitió avance académico con dificultades. - 5,0 – 5,9: Bueno, le permitió avance académico con desempeño óptimo. - 6,0 – 7,0: Destacado, le permitió avance académico con desempeño sobresaliente.</p>

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Autoeficacia Juicios que cada persona realiza sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de la escala de autoeficacia general de Schwarzer y Jerusalem, está compuesta por 10 ítems, presentados como escala de likert de 4 opciones, donde 1 corresponde a muy de acuerdo y 4 muy en desacuerdo. Los puntajes de los 10 ítems se suman, y se clasifica a la autoestima en 3 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 a 20 puntos: Autoeficacia Baja, se auto-percibe con pocas capacidades de conseguir lo deseado. - 21 a 30 puntos: Autoeficacia Moderada, se auto-percibe con moderadas capacidades para conseguir lo deseado. - 31 a 40 puntos: Autoeficacia Alta, se auto-percibe con altas capacidades para conseguir lo deseado.
<p>Apoyo social Percepción respecto a las relaciones establecidas por las personas, de las cuales obtienen asistencia real o emocional frente a diversas circunstancias.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de la escala de Apoyo social percibido elaborada por Zimet et al, está compuesta por 12 ítems, presentados como escala de likert con 4 opciones, donde 1 corresponde a casi nunca y 4 a casi siempre o siempre. Los puntajes de los ítems 6, 7, 9 y 12 se suman e indican el apoyo otorgado por los pares; los ítems 3, 4, 8 y 11 el apoyo otorgado por la familia y los ítems 1, 2, 5 y 10 el apoyo de la pareja u otras personas significativas. Además los puntajes de cada subescala se suman e indican apoyo social percibido general, y se clasifican en 3 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo apoyo: 4 a 8 puntos en las subescalas y de 12 a 24 para la escala total. - Moderado apoyo: 9 a 12 puntos en las subescalas y de 25 a 36 para la escala total. - Alto apoyo: 13 a 16 puntos en las subescalas y de 37 a 48 puntos para la escala total.

NOMINAL	OPERACIONAL
<p>Control nutricional previo Experiencias de manejo de la malnutrición por exceso a través de consultas con profesionales de la salud, en alguna ocasión previa a la intervención actual.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características sociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde el encuestado marcó con una X indicando si ha tenido experiencias previas de orientación nutricional, con 2 opciones de respuesta: Si o No.</p>
<p>Percepción de Bullying Agresiones físicas o psicológicas vividas por el/la adolescente, cuya causa derive o pueda atribuir a su malnutrición por exceso.</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta del cuestionario de características sociodemográficas, elaborado por la autora para este estudio, donde al encuestado se le presentarán 4 situaciones y se solicitó marcar con una X indicando si ha vivido o no las experiencias señaladas. Las situaciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te han molestado verbalmente debido a tu peso. - Te han excluido de alguna actividad debido a tu peso. - Han hablado mal de ti por tu peso. - Te han agredido físicamente por tu peso <p>Cada una de ellas con 2 opciones de respuesta: Si o No.</p>

ANEXO C: Instrumento “Toma de decisiones en salud en Adolescentes”

Encuesta N° _____

Caracterización de Participantes.

A continuación se presentan algunas preguntas para conocerte, por favor marca con una cruz tu respuesta, en algunos casos se solicita completar información.

1.- ¿Qué edad tienes?	13	14	15	16	17	18	19
-----------------------	----	----	----	----	----	----	----

2.- ¿Cuál es tu sexo?	1. Hombre	2. Mujer
-----------------------	-----------	----------

3.- ¿En qué curso estás?	1. 1º Medio	2. 2º Medio	3. 3º Medio	4. 4º Medio
--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

4.- El promedio de nota que tuviste el año pasado está entre:	1. 1,0 – 3,9	2. 4,0 – 4,9	3. 5,0 – 5,9	4. 6,0 – 7,0
---	--------------	--------------	--------------	--------------

5.- ¿Has repetido de curso alguna vez?:	1. Sí	0. No	
Si tu respuesta es Sí, indica cuántas veces, qué curso(s) y en qué año(s)	Nº de veces: _____	Curso(s): _____	Año(s): _____

6.- ¿Quiénes forman tu familia?	Padre	Madre	Abuelos(as)	Hermanos
	Padrastro	Madrastra	Primos(as)	¿Cuántos? _____
	Pareja de la Madre	Pareja del Padre	Tíos(as)	Otra Persona ¿Quién? _____

7.- El ingreso mensual familiar :	_____
-----------------------------------	-------

8.- ¿Has asistido a algún tratamiento con médico, nutricionista o enfermera(o) para manejo de sobrepeso?	1. Sí	0. No
--	-------	-------

9.- Alguna vez has vivido alguna de estas situaciones:		
Tus compañeros(as) te han molestado verbalmente por tu peso	1. Sí	0. No
Tus compañeros(as) te han excluido de alguna actividad por tu peso	1. Sí	0. No
Tus compañeros(as) te han agredido físicamente por tu peso	1. Sí	0. No
Tus compañeros(as) te han hablado mal de ti por tu peso	1. Sí	0. No

“Escala de Autoeficacia General de Bandura”

A continuación se presenta un listado de afirmaciones, para cada una marca con una cruz la respuesta que más te identifica (el número 1 indica que es incorrecto, el 2 que es apenas cierto, 3 más bien cierto y 4 cierto).

	Incorrecto	Apenas Cierto	Más bien cierto	Cierto
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

“Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet”

Ahora encontrarás una serie de preguntas respecto al apoyo que sientes frente a diferentes situaciones, marca con una cruz la respuesta que más identifica tu situación (el 1 significa casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia, y 4 siempre o casi siempre):

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar	1	2	3	4
Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4
Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4
Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4
Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4
Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

ESCALA DE CONFLICTO DECISIONAL

“Mi dificultad en tomar esta decisión”

Ahora, sabiendo tu estado nutricional, pensando en las elecciones que puedes hacer, por favor lee los siguientes comentarios hechos por algunas personas cuando tomaron sus decisiones. Te solicito que frente a cada uno de ellos, indiques cuan de acuerdo o desacuerdo te encuentras con la aseveración. Para ello, marca con una cruz el número de la alternativa que mejor representa lo que sientes acerca de ese comentario en relación con tu decisión (el número 0 indica que estás totalmente de acuerdo con la aseveración y el número 4, que estás totalmente en desacuerdo con la aseveración).

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Esta es una decisión fácil de tomar para mí	0	1	2	3	4
Yo estoy seguro(a) de lo que tengo que hacer en esta decisión	0	1	2	3	4
Está claro cuál es la mejor opción para mí	0	1	2	3	4
Yo estoy conciente de las diferentes opciones que tengo en esta decisión	0	1	2	3	4
Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada opción	0	1	2	3	4
Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada opción	0	1	2	3	4
Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos positivos para mí	0	1	2	3	4
Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos negativos para mí	0	1	2	3	4
Yo tengo claridad acerca de qué es lo más importantes para mí (los aspectos positivos y negativos)	0	1	2	3	4
Yo estoy tomando esta decisión sin ninguna presión de otras personas	0	1	2	3	4
Yo tengo la cantidad apropiada de apoyo de otros para tomar esta decisión	0	1	2	3	4
Yo cuento con suficiente consejos acerca de las opciones	0	1	2	3	4
Yo siento que he hecho una elección bien informada	0	1	2	3	4
Mi decisión muestra lo que es importante	0	1	2	3	4
Yo espero mantenerme firme en mi decisión	0	1	2	3	4
Yo soy satisfecho(a) con mi decisión	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE HÁBITOS

HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. Marca las comidas que **habitualmente** consumes

Comida	Nunca	A veces o solo algunos días a la semana	Siempre o casi todos los días
Desayuno	0	1	2
Almuerzo	0	1	2
Once	0	1	2
Cena o comida	0	1	2

2. ¿Agregas sal extra a las comidas?	0	Nunca
	1	Cuando la comida no tiene suficiente
	2	Siempre, aunque otros la consideren suficiente

3. ¿Cuánta agua consumes al día? (considera agua de hierbas, de la llave, mineral)	1	No más de 2 tazas
	2	De 3 a 5 tazas
	3	Entre 1 y 2 litros
	4	Más de 2 litros

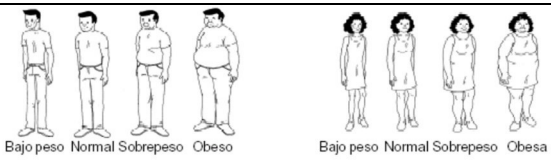
4. ¿Cuándo terminas de comer la cantidad de comida servida inicialmente, pides que le sirvan más?	0	Nunca
	1	A veces
	2	Siempre

5. ¿Con qué frecuencia a la semana consumes los siguientes alimentos? (Marque con una x la frecuencia para cada tipo de alimentos)

	Todos los días	2 ó 3 veces Por Semana	1 vez a la semana	1 ó 2 veces al mes	Rara vez O nunca
Frutas	4	3	2	1	0
Leguminosas (plato)	4	3	2	1	0
Verdura (plato)	4	3	2	1	0
Carne de Vacuno (porción)	4	3	2	1	0
Carne de cerdo, cordero y/o vísceras (porción)	4	3	2	1	0
Mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras	4	3	2	1	0
Carne de pollo y/o pavo (porción)	4	3	2	1	0
Leche, (tazas)	4	3	2	1	0
Quesillo, (porción)	4	3	2	1	0
Yogurt (unidad)	4	3	2	1	0
Pescado (porción)	4	3	2	1	0
Queso (porción)	4	3	2	1	0

6. Habitualmente ¿qué consumes entre las comidas?	3	Golosinas, papas fritas, chezzels y otras cosas con sal/grasas
	2	Helados, chocolates, galletas, jugos
	1	Frutas, verduras
	0	No como entre las comidas

7. ¿Cuántos panes comes diariamente? (anota el número)	_____
--	-------

8. De acuerdo a las siguientes figuras. ¿Cómo te consideras en relación a tu peso?	1	Bajo peso	
	2	Normal	
	3	Sobre peso	
	4	Obeso	
9. ¿Actualmente estás haciendo algo para mantener un peso adecuado?	1	Sí	
	0	No SI TU RESPUESTA ES NO PASA A LA PREGUNTA N° 11	
10. ¿Qué es lo que haces en la actualidad para mantener un peso adecuado? SI CONTESTAS ESTA PREGUNTA PASA A LA PREGUNTA 12	1	Controlo mi alimentación	
	2	Realizo actividad física	
	3	Ambos	
	4	Otra _____	
11. ¿Por qué razón no controlas tu peso?	1	Porque significa un costo extra o alto	
	2	Porque no sabe como	
	3	Porque cree no tener la voluntad suficiente	
	4	Porque no lo encuentra importante	
	5	Otra _____	
12. ¿Cuál crees que es la forma más eficaz de mantener un peso adecuado?	1	Hacer actividad física de forma periódica	
	2	Mantener controlado el consumo de alimentos altos en grasas y masas; y aumentar el consumo de frutas y verduras	
	3	Hacer actividad física de forma periódica y evitar los alimentos altos en grasas y masas, a la vez que se aumenta el consumo de frutas y verduras	
	4	Comer menos en general	

ACTIVIDAD FÍSICA

13. En relación a tu actividad física, ¿con qué frase te sientes más representado?	1	Estoy básicamente sentado y camino poco
	2	Realizo actividad física pero no regularmente
	3	Hago actividad física en forma permanente
14. ¿En el último año practicaste deporte o realizaste actividad física fuera de tu horario de colegio, durante 30 minutos o más cada vez?	1	Sí
	0	No
15. ¿En el último mes practicaste deporte o realizaste actividad física fuera de tu horario de colegio, durante 30 minutos o más cada vez?	1	Sí
	0	No
16. ¿La semana pasada practicaste deporte o realizaste actividad física fuera de tu horario de colegio, durante 30 minutos o más cada vez?	1	Sí ¿Cuál? _____ PASA A LA PREGUNTA Nº 18
	0	No PASA A LA PREGUNTA Nº 17
17. ¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física? (MARCAR SÓLO UNA, LA PRINCIPAL)	1	Porque tu salud no te lo permite
	2	No te interesa o no te motiva
	3	No tienes tiempo
	4	No tienes lugares donde practicar
	5	No tienes con quién practicar
	6	Otro _____
18. En las siguientes actividades realizables dentro de tu tiempo libre o de ocio, ordénalas según las que practicas MARCA SOLO LAS 3 MÁS FRECUENTES E INDICA EL NÚMERO QUE LE ASIGNARÍAS (DEL 1 LA MÁS FRECUENTE, AL 3 LA MENOS FRECUENTE)	1	Ver TV
	2	Visitar amigos o parientes
	3	Salir a caminar
	4	Ir al cine o asistir de espectador a eventos o espectáculos deportivos
	5	Practicar deporte
	6	Leer
	7	Asear, ordenar o reparar cosas en Tu hogar (lavar el auto, jardinear, etc.)
	8	Actividades domésticas en general
	9	Chatear
	10	Estudiar
	11	Salir a centros comerciales
	12	No tengo tiempo libre

Haz terminado, Gracias por responder!!

ANEXO D: Autorización de Dra. Annette O'Connor para utilizar la "Escala de conflicto decisional"



angelica mosqueda <angelica.mosqueda@uv.cl>

Greetings and Information Request

Angélica Mosqueda <angelica.mosqueda@uv.cl>

27 de septiembre de 2012, 11:11

Para: annette.oconnor@uottawa.ca

Dear Dr. Annette O'Connor,

My name is Angélica Mosqueda and I'm a Chilean nurse. Currently, I'm studying a PhD in Nursing at Universidad de Concepción. While looking for information for my thesis project, I found the "Conceptual Model of Ottawa" and I have decided to use it in order to work with a group of teenagers with malnutrition due to excess.

I think all of the work you have done about that decisional conflict is very interesting. In order to prepare my research project, I have used several of your articles. However, I haven't been able to find the chapter "Decisional Conflict" from a book called "Nursing Diagnosis and Intervention". I haven't been able to find the book to buy it. This is the reason why I'm writing and asking you for help to get a copy. It would be of great help in order to buy it.

On the other hand, I would like to ask for your permission to use your instrument called "Scale of Decisional Conflict" on my PhD research. I've already got the user manual and the validation that you did with the nurses from Universidad Católica de Chile. I wonder if you could please tell me the price of it and what formalities I should carry out.

Gazed with admiration for your work, I send greetings held in high regard from Chile to you.

--

Angélica Mosqueda D.
Docente Escuela de Enfermería
Universidad de Valparaíso
Estudiante Programa de Doctorado en Enfermería
Universidad de Concepción

Annette O'Connor <Annette.OConnor@uottawa.ca>
Para: Angélica Mosqueda <angelica.mosqueda@uv.cl>

15 de octubre de 2012

Greetings Angelica

I apologise for the delay in this reply.

You have my permission to use the decisional conflict scale. There is no cost.

I will send a scanned version of the chapter in another email.

Please let me know if you do not receive it. It is a large file.

Best wishes with your project.

Annette O'Connor RN PhD FCAHS

Emeritus Professor/Professeure émérite
Distinguished University Professor/ Professeure éminente
University of Ottawa/ Université d'Ottawa
Faculty of Health Sciences/ Faculté des sciences de la santé
School of Nursing/ École des sciences infirmières

ANEXO E: Ficha CLAP

CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE		ESTABLECIMIENTO		H.C N°											
APELLIDOS Y NOMBRES _____					N° identidad _____										
DOMICILIO _____					FECHA DE NACIMIENTO										
LOCALIDAD _____ Código _____					<table border="1"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	dia	mes	año							
dia	mes	año													
LUGAR DE NACIMIENTO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>					SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>										
COBERTURA Y/O PROTECCION SOCIAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		Celular: _____		Email _____											
CONSULTA PRINCIPAL N° _____															
Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derivado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Traído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		FECHA <table border="1"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		dia	mes	año				EDAD <table border="1"> <tr> <td>años</td> <td>meses</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		años	meses		
dia	mes	año													
años	meses														
ESTADO CIVIL		ETNIA		ACOMPAÑANTE											
casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> unido <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		blanca <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		solo <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>											
Motivos de consulta según adolescente:			Motivos de consulta según acompañante:												
1 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						1 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									
2 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						2 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									
3 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						3 <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									
Descripción de motivo de consulta															
ANTECEDENTES PERSONALES		PERINATALES normales	CRECIMIENTO normal	DESARROLLO normal	ALERGIA	VACUNAS COMPLETAS	ENFERMEDADES CRONICAS	DISCAPACIDAD	ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS						
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
ACCIDENTES	INTOXICACIONES	CIRUGIA HOSPITALIZAC.	USO DE MEDICAMENTOS	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	VIOLENCIA	EDUCACION PREESCOLAR	JUDICIALES	OTROS	Observaciones						
no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>							
Observaciones															
ANTECEDENTES FAMILIARES		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)	ALERGIA	INFECCIONES	CANCER	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	ALCOHOL DROGAS Y OTROS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	JUDICIALES	OTROS				
DIABETES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Observaciones															
FAMILIA		NIVEL DE INSTRUCCION			DIAGRAMA FAMILIAR			VIVIENDA							
VIVE solo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> en instil. protectora <input type="checkbox"/> privado de libertad <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> ninguno primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/> ninguno primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/> ninguno primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>			Observaciones			ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> en el hogar: <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> AGUA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EXCRETAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HACINAMIENTO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>							
CONVIVE CON madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		TRABAJO Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> Ocupación Pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Apoyo social o subsidio no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> tipo <input type="checkbox"/>			Observaciones			Observaciones							
En la casa <input type="checkbox"/> en el cuarto <input type="checkbox"/> comparte la cama <input type="checkbox"/>		Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>			Observaciones			Observaciones							

Este color significa ALERTA

HDES/AVIA-08-10

Este color significa ALERTA

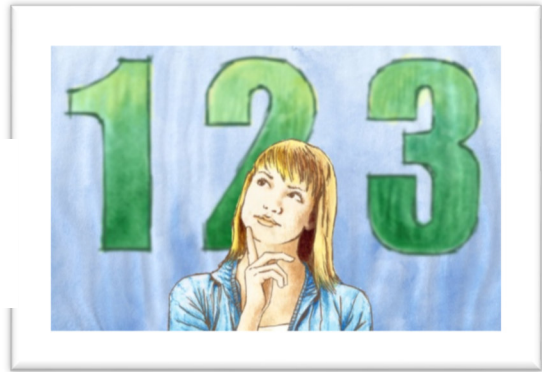
EDUCACION		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS Causa _____	VIOLENCIA ESCOLAR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> código _____	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____	EDUCACIÓN NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	
Observaciones										
TRABAJO		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> pasantía <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia	EDAD INICIO TRABAJO años	TRABAJO horas por semana <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	TRAB. JUVENIL decente <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> peores formas de trabajo <input type="checkbox"/>	HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO LEGALIZADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO INSALUBRE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	TIPO DE TRABAJO
Observaciones										
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	PAREJA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	violencia en la pareja si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Amigos/as si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> horas por semana	JUEGOS Y REDES VIRTUALES TV <input type="checkbox"/> COMPU-TADORA <input type="checkbox"/>	OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____		
Observaciones										
HABITOS/CONSUMOS		ALIMENTACIÓN ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA	TABACO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Edad de inicio años <input type="checkbox"/> Número cigarrillos/día <input type="checkbox"/>	ALCOHOL Frecuente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Edad de inicio años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Episodios de abuso si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	OTRAS SUSTANCIAS/S cuál? cuáles? años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	SEGURIDAD VIAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Observaciones	
GINECO-UROLOGICO		FECHA ULTIMA MENSTRUACION no conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLOGICO/SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ITS/VIH no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS	HIJOS	ABORTOS	Observaciones
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="checkbox"/> bajo coacción si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DIFICULTADES EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION uso habitual de condón <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Inició MAC no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pref. aced. <input type="checkbox"/>	Consejería no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pref. aced. <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Observaciones	
SITUACIÓN PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás	ESTADO DE ANIMO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy tristo <input type="checkbox"/> muy alegre	<input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> fuera del hogar	VIDA CON PROYECTO <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente	REDES SOCIALES DE APOYO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO Cel: _____ Tel: _____	Observaciones	
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)	Centil peso/edad	IMC	PIEL, FANERAS Y MUCOSA	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	SALUD BUCAL	CUELLO Y TIROIDES
ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil IMC	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	CARDIO-PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL FRECÜENCIA CARDIACA latidos/min	ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	TANNER vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Observaciones	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL										
INDICACIONES E INTERCONSULTAS										
Responsable _____ Fecha próxima visita _____										

HDAES/PA-08-10

ANEXO F: Material de consejerías

Primera Sesión: Vinculación y Planificación

Nombre: _____

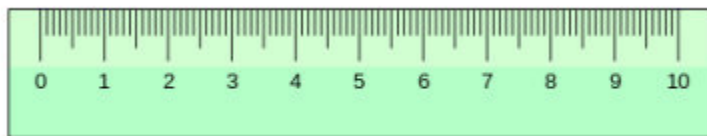


Ejercicio 1. Marca en la regla que aparece a continuación cuál es la **IMPORTANCIA** que tiene para ti participar en esta Consejería



¿Porqué no un número Menor?	¿Qué debería pasar para aumentar el número?

Ejercicio 2. Marca en la regla que aparece a continuación cuál es nivel de **CONFIANZA** que tienes en la Consejería para logara lo que quieres.



¿Por qué no un número Menor?	¿Qué debería pasar para aumentar el número?

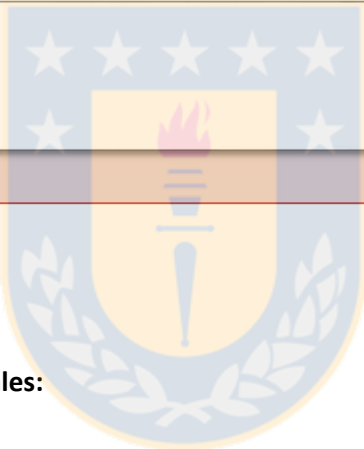
Ejercicio 3. Qué te ayudaría a tomar una buena decisión respecto a tu situación nutricional

Organización de Próximas Sesiones

Sesión 2:

Sesión 3:

Sesión 4:



Participación de Otros Profesionales:

1

2






3

Segunda Sesión: Opciones de Alimentación – Sus Pro y sus Contra

Nombre: _____



Ejercicio 1. Indica que comes habitualmente en cada comida...

		Calorías
		
		
		
		
		

Analizar los aspectos más importantes de Alimentación Saludable:

- Hacer dieta puede generar pérdidas de peso, pero cuando es estricta se suprime la ingesta de nutrientes importantes, especialmente durante la adolescencia.
- Saltarse comidas no mejora el estado nutricional, solo disminuye el metabolismo y con ello el gasto de energía, aumentando las reservas.
- Se recomienda que los adolescentes consuman a lo menos 3 comidas diarias y dos colaciones.
- Es importante el consumo de alimentos de todos los grupos de nutrientes y en porciones recomendadas, se entrega díptico con guía de alimentación para adolescentes preparado por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.

Utilizar y entregar Díptico de INTA

ALIMENTO	CANTIDAD POR DÍA	1 PORCIÓN ES IGUAL A
 Lácteos descremados Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B	3 porciones	• 1 taza de leche descremada • 1 yogur bajo en calorías • 1 trozo de queso 3x2 cm • 1 rebanada de queso blanco • 1 lámina de queso mantecoso
 Pescado, carne y huevos Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre	1 porción	• 1 presa de pescado • 1 presa de pollo o pavo sin piel • 1 bistec a la plancha o asado (carne magra) • 1 huevo • 1 taza de legumbres
 Verduras Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética	3 porciones	• 1 plato de lechuga, repollo, coliflor, apio o brócoli • 1 tomate regular • 1 taza de acelgas, espinacas, zanahorias, betarragas o zapallos
 Frutas Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética	2 porciones	• 1 naranja, manzana, pera o membrillo • 2 duraznos, kiwis o tunas • 2 damascos o ciruelas • 1 rebanada de melón • 1 taza de uvas o cerezas
 Pan, cereales y papas Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas	2 a 3 porciones	• 1 hallulla o marraqueta • 2 rebanadas de pan integral • 2 rebanadas de pan molde • 6 galletas de agua o soda • 1 taza de arroz, fideos o papas cocidas • 1 taza de choclos, habas o arvejas frescas

Este plan de alimentación incluye la pequeña cantidad de aceite que se agrega a las ensaladas / Incluir una pequeña cantidad de azúcar y sal.

Consejos prácticos

- Lee y compara las etiquetas de los alimentos y prefiere los que tengan menos grasas, azúcar y sal (sodio).
- Si quieres tener un peso saludable, evita el azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados. Come alimentos con poca sal y saca el salero de la mesa.
- Cuida tu corazón evitando las frituras y alimentos con grasas como cecinas y mayonesa.
- Para tener un peso saludable, come sano y realiza actividad física diariamente.
- Pasa menos tiempo frente al computador o la tele y camina a paso rápido, mínimo 30 minutos al día.
- Come 5 veces verduras y frutas frescas de distintos colores, cada día.
- Para fortalecer tus huesos, consume 3 veces en el día lácteos bajos en grasa y azúcar.
- Para mantener sano tu corazón, come pescado al horno o a la plancha, 2 veces por semana.
- Consume legumbres al menos dos veces por semana, sin mezclarlas con cecinas.
- Para mantenerte hidratado, toma 6 a 8 vasos de agua al día.



Ejercicio 2. Qué opciones tienes para cada comida

<p align="center">Desayuno / Once</p> <p>Ejemplos: 1 taza de Leche o 1 té con leche 1 yogurt 1 rebanada de pan con margarina y mermelada</p> <p>Posibles cambios:</p>	Pro
	Contra

<p align="center">Colación Mañana o tarde</p> <p>Ejemplos: 1 fruta 1 yogurt 4 galletas pequeñas Agua</p> <p>Posibles cambios:</p>	Pro
	Contra

<p align="center">Almuerzo / Cena</p> <p>Ejemplos: Carnes: pollo sin piel, pescado, pavo, vacuno Legumbres: porotos, garbanzos, lentejas Fideos: elegir las lisas Ensaladas: 2 a 3 porciones Agua</p> <p>Posibles cambios:</p>	Pro
	Contra

Ejercicio 3. Aprendamos a leer las etiquetas...

Galleta Morocha

Hechos Nutricionales	por 1 porción (25 g)
Energía	519 kJ 124 kcal
Proteína	1,3 g
Grasa	5,3 g
Grasa Saturada	3,8 g
Grasa Poliinsaturada	0,28 g
Grasa Monoinsaturada	0,75 g
Grasa Trans	0,09 g
Colesterol	1 mg
Carbohidrato	17,8 g
Sodio	43 mg

Sándwich de Galletas de Chocolate (con Crema de Relleno)

Hechos Nutricionales	por 1 galleta
Energía	197 kJ 47 kcal
Proteína	0,53 g
Grasa	1,91 g
Grasa Saturada	0,368 g
Grasa Poliinsaturada	0,226 g
Grasa Monoinsaturada	1,063 g
Grasa Trans	0,531 g
Colesterol	0 mg
Carbohidrato	7,16 g
Fibra	0,3 g
Azúcar	4,06 g
Sodio	48 mg
Potasio	19 mg

**Lay's
Papas Fritas**

Hechos Nutricionales	por 1 porción (34 g)
Energía	741 kJ 177 kcal
Proteína	2,4 g
Grasa	11 g
Grasa Saturada	1,4 g
Grasa Poliinsaturada	4,6 g
Grasa Monoinsaturada	5,3 g
Grasa Trans	0 g
Colesterol	0 mg
Carbohidrato	17 g

Ramitas

Hechos Nutricionales	por 1/3 taza (25 g)
Energía	519 kJ 124 kcal
Proteína	1,3 g
Grasa	6,5 g
Grasa Saturada	0,9 g
Grasa Poliinsaturada	2,6 g
Grasa Monoinsaturada	3,1 g
Grasa Trans	0 g
Colesterol	0 mg
Carbohidrato	15,5 g
Sodio	160 mg

Coca-Cola

Hechos Nutricionales	por 1 vaso (200 ml)
Energía	368 kJ 88 kcal
Proteína	0 g
Grasa	0 g
Carbohidrato	22 g
Azúcar	21 g
Sodio	20 mg

Mini Chocolito

Hechos Nutricionales	por 1 unidad (50 ml)
Energía	494 kJ 118 kcal
Proteína	0,5 g
Grasa	8 g
Grasa Saturada	6 g
Grasa Poliinsaturada	0,25 g
Grasa Monoinsaturada	1,5 g
Grasa Trans	0 g
Colesterol	2 mg
Carbohidrato	11 g
Sodio	28 mg

Tercera Sesión: Opciones de Actividad Física – Sus Pro y Contra

Nombre: _____



Ejercicio 1. Indica que actividades físicas realizaste en la última semana...

		Calorías
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Ejercicio 2. Cuáles son las actividades que puedes realizar

Actividad	Gasto de energía	Podría ser	No creo
1. Caminar lento	240 Kcal/hora		
2. Caminar rápido	380 Kcal/hora		
3. Trotar	900 Kcal/hora		
4. Correr	1200 Kcal/hora		
5. Bicicleta lento	240 Kcal/hora		
6. Bicicleta rápido	410 Kcal/hora		
7. Nadar moderado	350 Kcal/hora		
8. Saltar cuerda	750 Kcal/hora		

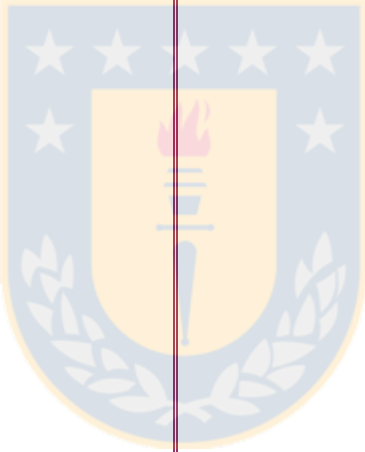
Analizando las características de la actividad física:

- Se recomienda realizar mínimo tres veces a la semana.
- Lo mejor es ejercitarse entre 20 a 60 minutos cada vez, ya que solo después de los 20 minutos comienzas a utilizar energía de tus reservas.
- El ejercicio libera hormonas llamadas endorfinas, estas provocan que te sientas bien contigo mismo, mejoran tu autoestima, evitan que te enfermes al mejorar el sistema inmunitario, entre otros.
- Cuando te ejercites no tomes bebidas azucaradas, ya que no te permiten quemar tu grasa de reserva.
- Realizar ejercicio acompañado es más entretenido y te estimula a mejorar, busca un amigo de ejercicios.
- La constancia es la clave para que el ejercicio aporte a mejorar tu estado nutricional.
- La actividad física es complementaria a la organización de la alimentación.

Ejercicio 3. ¿Qué días de la semana tienes tiempo para realizar actividad física?

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Ejercicio 4. Aspectos positivos y negativos de realizar Actividad Física

Pro	Contras
	

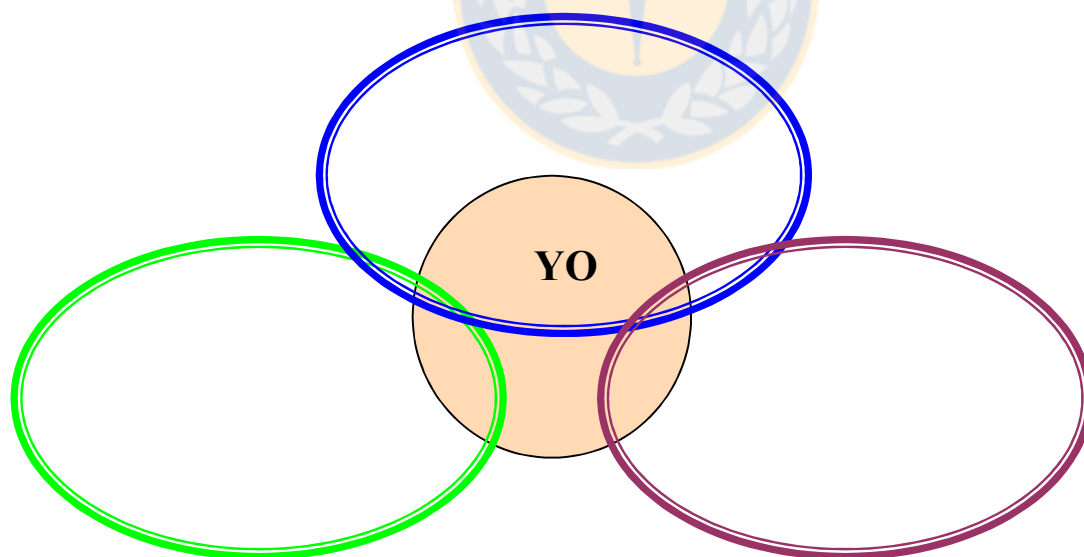
Realiza una marca en aquellos aspectos que tengan mayor valor para ti.

Cuarta Sesión: Participación de otros en la decisión - Sus pro y contra

Nombre: _____



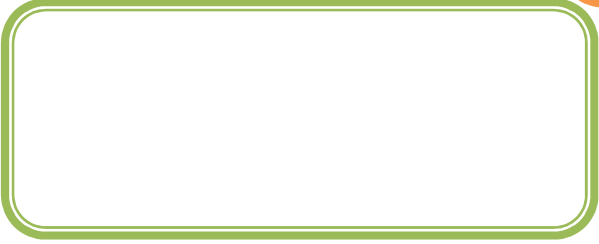
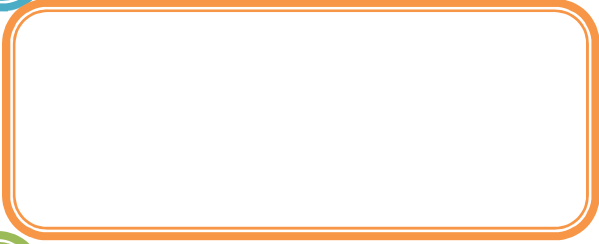
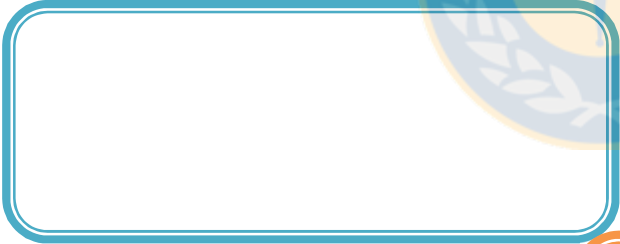
Ejercicio 1. Qué otra persona, **IMPORTANTE** para mí, debería participar en esta decisión:



Ejercicio 2. Me he sentido presionado/a para tomar decisiones de mi estado nutricional:

Persona	Por qué me he sentido presionado/a

Ejercicio 3. Cómo podemos resolver las presiones que sientes



Tomando decisiones: Proponerse 3 Metas



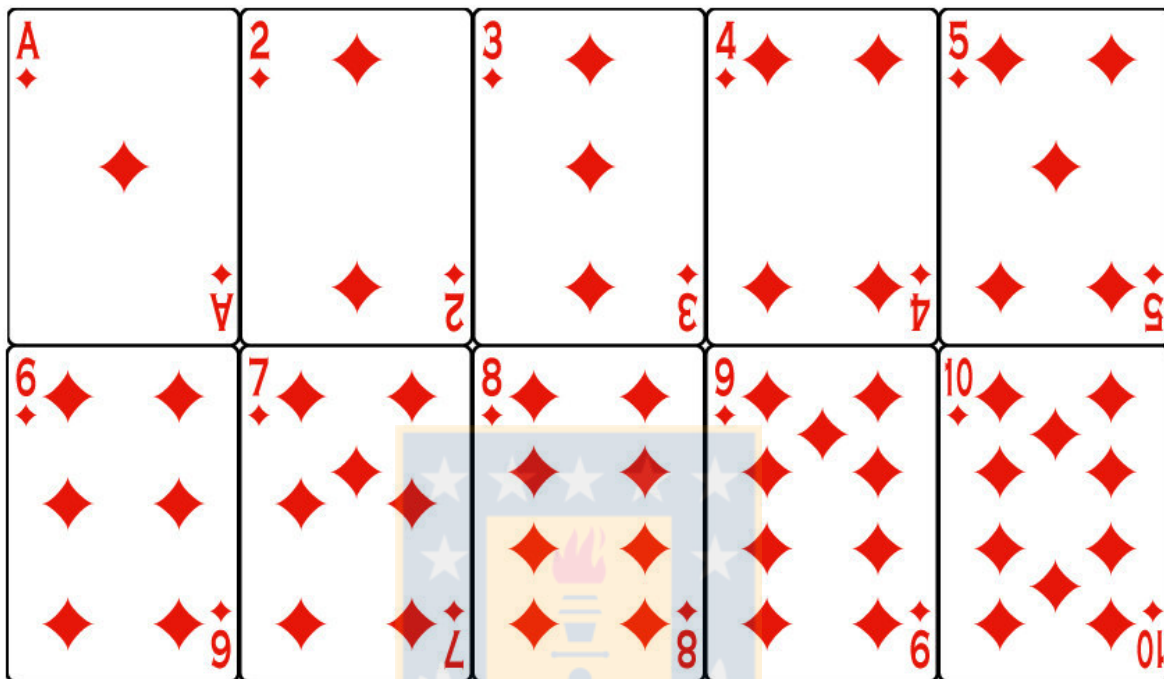
Etiquetas para Sesión Participación de Otros en la decisión:

Alimentación

Actividad Física

Séptima Sesión: Re-evaluar opciones y valores

Etiquetas para evaluar Metas



Octava Sesión: Plan a seguir / Puedes tomar una decisión

Tarjetas para identificar los principales aspectos aprendidos en cada sesión



Ejercicio 2. Anotar los nuevos desafíos y qué herramientas tengo para enfrentarlos.

DESAFÍOS	HERRAMIENTAS

ANEXO G: Carta de aprobación comité de ética



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, 21 de marzo de 2013

Dr. Edgardo Sanzana S.
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Sanzana:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de Tesis denominado "Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por exceso" de la alumna del Programa Doctorado en Enfermería Sra. Angélica Mosqueda Díaz, le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** La tesis aborda un problema de salud pública relevante, y que se asocia al desarrollo de enfermedades crónicas a mediano y largo plazo.
2. **Validez científica:** Estudio cuantitativo. Utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación adecuados. El investigador fundamenta adecuadamente el diseño metodológico y la selección de muestra; explicita las variables; los instrumentos utilizados para la recolección de información se ajustan a los propósitos de su investigación y han sido sometidos a juicio de expertos; el procesamiento estadístico de la información recolectada y el análisis es coherente con los objetivos de su proyecto.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** la condición de los sujetos de investigación se ajusta a los propósitos de ésta, por lo tanto se justifica plenamente que ingresen en el estudio.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** los beneficios han sido explicitados y fundamentados con marco empírico. Se ha cautelado minimizar la posibilidad de riesgos, y – de presentarse – la forma de abordarlos.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** el proceso de consentimiento informado incorporó todos los elementos de las recomendaciones internacionales. Explicitó el propósito de la investigación, la voluntariedad en la participación, garantiza la confidencialidad de la información, indica los beneficios para los sujetos de investigación. Establece los mecanismos de difusión de información y considera la posibilidad del retiro voluntario de los sujetos.
7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta el principio de autonomía de los participantes, mediante el proceso de consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA** este proyecto

Atentamente,

Dr. Alejandro Soto Sepúlveda
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



¹ Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás F, Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003

ANEXO H: Carta de autorización Corporación Municipal



CARTA N° 32-DAE/13

Valparaíso, Abril 22 de 2013

Srta. Angélica Mosqueda Díaz
Docente Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso
Doctora© en Enfermería, Universidad de Concepción
PRESENTE

Estimada Srta. Mosqueda:

Por medio de la presente, deseo informar que el Comité Técnico del Área de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social, analizó la propuesta presentada por usted con fecha 12 de abril y ha decidido aprobar la realización de la investigación titulada "Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por exceso".

Dicha investigación se ha autorizado para ser ejecutada en el Instituto Marítimo de Valparaíso, por lo que es importante tenga a bien comunicarse con su Directora Sra. Natacha Médez Montenegro y coordinar los aspectos que se requieran.

Desde ya agradecemos el aporte que generará su proyecto de investigación y esperamos contar con la información de los resultados obtenidos.

Sin otro particular, le saluda atentamente.



Cecilia Pinochet Silva
CECILIA PINOCHET SILVA
DIRECTORA

CPS/vtr

CC: - Archivo

ANEXO I: Consentimientos y Asentimientos Informados

Carta de Información para Padres y Adolescentes del Grupo Intervención

Nombre del proyecto de investigación: “Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con sobrepeso u obesidad”

Investigadora: Angélica Mosqueda Díaz, Enfermera.

Teléfono: 77637412

Propósito: Determinar el efecto de la consejería de apoyo decisional en salud, sobre el estado nutricional de adolescentes con sobrepeso u obesidad.

Procedimiento: Consiste en actividades asesoradas por profesionales, durante el segundo semestre 2013, en el mismo Liceo y en horario que no interfiera con sus actividades escolares. Además se evaluará el estado nutricional del estudiante y deberá contestar un cuestionario de preguntas que le tomará 20 minutos al inicio y al final de la investigación.

Malestares y riesgos: Esta investigación no involucra riesgos aparentes para los participantes. Sin embargo, si surge alguna situación de salud especial durante las actividades, el proyecto contará con un equipo de profesionales (enfermera, nutricionista, psicólogo y Prof. de Educación Física) que entregarán la debida atención.

Beneficios: Un grupo de profesionales le proporcionará atención para apoyar la decisión de actuar sobre su estado nutricional, lo que no tendrá ningún costo

Compromiso sobre anonimato y confidencialidad: La información obtenida en los cuestionarios será anónima, y todo lo informado en las consejerías u otras actividades será manejada sólo por la investigadora bajo absoluta confidencialidad. Los resultados de las evaluaciones individuales se darán a cada participante en el momento en que se realicen, y los resultados finales de la investigación se darán a conocer oficialmente en cada establecimiento a toda la comunidad educativa, siempre conservando el anonimato de quienes participaron en el estudio.

Libertad para retirarse: Los(las) estudiantes o sus padres y/o apoderados se encuentran en libertad de aceptar o rechazar integrarse a esta investigación. Si ya hubiesen iniciado su participación pueden retirarse en cualquier momento del proceso sin ser obligado(a) a dar razones y sin que esto signifique ningún perjuicio para él/ella.

Contactos adicionales: Si usted tiene alguna duda respecto a esta información puede comunicarse con la Dra. Sara Mendoza Parra, en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, al 56-041-2661184.

Consentimiento Informado para Padres y Asentimiento para Adolescentes, Grupo Intervención

Nombre del proyecto: “Efecto de Programa de Consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con sobrepeso u obesidad”

Investigadora: Angélica Mosqueda Díaz.

Por favor marque con una cruz su respuesta frente a las siguientes preguntas:

¿Entiende que se le ha solicitado participar en una investigación?	Si	No
¿Se le ha explicado y ha leído la copia de la hoja de información adjunta?	Si	No
¿Entiende los beneficios y riesgos presentes al tomar parte del estudio?	Si	No
¿Ha tenido oportunidad para hacer preguntas y discutir el estudio?	Si	No
¿Entiende que usted es libre para rehusar participar o retirarse del estudio en cualquier momento?	Si	No
¿Se le ha explicado el tema de la confidencialidad y anonimato de la información?	Si	No
¿Entiende quién tendrá acceso a la información que entregue?	Si	No

Este estudio me fue explicado por la investigadora: Angélica Mosqueda Díaz.

Firma de la Investigadora

Fecha

Estoy de acuerdo en participar en el estudio	Si	No
--	----	----

Nombre del participante/ Apoderado

Firma

Fecha

Carta de Información para Padres y Adolescentes del Grupo Control.

Nombre del proyecto de investigación: “Efecto de una intervención en salud en adolescentes con sobrepeso u obesidad”

Investigadora: Angélica Mosqueda Díaz, Enfermera.

Teléfono: 77637412

Propósito: Determinar el efecto de una intervención en salud, sobre el estado nutricional de adolescentes con sobrepeso u obesidad.

Procedimiento: Consiste en una evaluación realizada por enfermera y por otros profesionales (psicólogo, nutricionista y profesor de educación física) en caso que se requiera, que se desarrollará por un periodo de 6 meses, en el mismo colegio y en horario que no interfiera con sus actividades escolares. Además se evaluará el estado nutricional del estudiante y deberá contestar un cuestionario de preguntas que le tomará 15 minutos al inicio y al final de la investigación.

Malestares y riesgos: Esta investigación no involucra riesgos aparentes para los participantes. Sin embargo, si surge alguna situación de salud especial durante las actividades, el proyecto contará con un equipo de profesionales (enfermera, nutricionista, psicólogo(a) y Prof. de Educación Física) que entregarán la debida atención.

Beneficios: Un grupo de profesionales le proporcionará atención que requiera en relación con su estado nutricional, lo que no tendrá ningún costo.

Compromiso sobre anonimato y confidencialidad: La información obtenida en los cuestionarios será anónima, y todo lo informado en las atenciones será manejada sólo por la investigadora bajo absoluta confidencialidad. Los resultados de las evaluaciones individuales se darán a cada participante en el momento en que se realicen, y los resultados finales de la investigación se darán a conocer oficialmente en cada establecimiento a toda la comunidad educativa, siempre conservando el anonimato de quienes participaron en el estudio.

Libertad para retirarse: Los(las) estudiantes o sus padres y/o apoderados se encuentran en libertad de aceptar o rechazar integrarse a esta investigación. Si ya hubiesen iniciado su participación pueden retirarse en cualquier momento del proceso sin ser obligado(a) a dar razones y sin que esto signifique ningún perjuicio para él/ella.

Contactos adicionales: Si usted tiene alguna duda respecto a esta información puede comunicarse con la Dra. Sara Mendoza Parra, en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, al 56-041-2661184.

Consentimiento Informado para Padres y Asentimiento para Adolescentes del grupo Control.

Nombre del proyecto: “Efecto de Programa Joven Sano en adolescentes con sobrepeso u obesidad”

Investigadora: Angélica Mosqueda Díaz.

Por favor marque con una cruz su respuesta frente a las siguientes preguntas:

¿Entiende que se le ha solicitado participar en una investigación?	Si	No
¿Se le ha explicado y ha leído la copia de la hoja de información adjunta?	Si	No
¿Entiende los beneficios y riesgos presentes al tomar parte del estudio?	Si	No
¿Ha tenido oportunidad para hacer preguntas y discutir el estudio?	Si	No
¿Entiende que usted es libre para rehusar participar o retirarse del estudio en cualquier momento?	Si	No
¿Se le ha explicado el tema de la confidencialidad y anonimato de la información?	Si	No
¿Entiende quién tendrá acceso a la información que entregue?	Si	No

Este estudio me fue explicado por la investigadora: Angélica Mosqueda Díaz.

Firma de la Investigadora

Fecha

Estoy de acuerdo en participar en el estudio	Si	No
--	----	----

Nombre del participante/ Apoderado

Firma

Fecha