



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

“SENTIDO DE COHERENCIA (SOC) EN ADOLESCENTES CON O
SIN OBESIDAD DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN ANDRES, 2015”

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

NUTRICIONISTA DIETISTA

DANNY MIGUEL YÁNEZ VILLENA

RIOBAMBA-ECUADOR

2015

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación

Dr. Marcelo Nicolalde Msc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICACIÓN

Los Miembros de Tesis certifican, que el trabajo de investigación titulado "SENTIDO DE COHERENCIA (SOC) EN ADOLESCENTES CON O SIN OBESIDAD DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN ANDRES, 2015"; de responsabilidad de Danny Miguel Yáñez Villena, ha sido realizado en su totalidad y se autoriza su publicación.

Dr. Marcelo Nicolalde Msc.

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Mónica Guevara.

MIEMBRO DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Quiero hacer público mi sincero agradecimiento a Dios, porque me ha permitido culminar mi carrera.

De manera muy especial quiero agradecer al Doctor Marcelo Nicolalde y a la Doctora Mónica Guevara por la apertura desinteresada en la entrega de sus conocimientos que fueron de vital importancia para la culminación de esta investigación.

También quiero dejar mi gratitud al Dr. Héctor Haro Rector de la Unidad Educativa San Andrés y a todos los empleados de dicha institución por su valiosa participación y apoyo en la ejecución de mi investigación.

Danny

DEDICATORIA

La presente investigación representa uno de los sueños más lindos que he anhelado en mi vida, ya que con esfuerzo y sacrificio lo he logrado para seguir cumpliendo muchos más en el futuro.

Dedico mi tesis.

A Dios por haberme permitido llegar a culminar una meta más en mi vida.

A mis padres

Sabinita, por brindarme en todo momento su amor, cariño, comprensión y apoyo ya que hizo todo lo posible para la culminación de uno de mis sueños, ya que a pesar de todos los obstáculos siempre supo ser una buena madre y amiga y darle gracias a Dios por darle día a día salud y vida.

Miguel, porque a pesar de todos los problemas me apoyó a culminar mi carrera.

Les adoro

A mi hermana, porque ha sido mi compañía incondicional con peleas de hermanos pero siempre inculcándome buenas costumbres, dedicación, y mucho amor que más que hermanos amigos. Te quiero

A mis abuelitos

Florcita, quien desde el cielo guió mi camino por el sendero del bien.

Segundito, por ser un motivo lindo que a pesar de sus años no desmaya y sigue adelante dándome consejos.

Bachita, por ser como mi segunda madre guiándome desde pequeño y haber sido un gran hombre de bien.

A mis tíos, primos que hemos salido adelante siendo siempre una familia unida.

Y a mi novia Pauly por haber sido un apoyo en mi vida que a pesar de problemas siempre estuvo ahí dándome su apoyo y amor incondicional.

Te amo.

Con amor

Danny

RESUMEN

La presente investigación tiene el objetivo determinar la relación entre el sentido de coherencia, sobrepeso y obesidad en 195 adolescentes de la Unidad Educativa San Andrés del Cantón San Andrés, Provincia de Chimborazo mediante un estudio no experimental de tipo transversal. Se realizó la toma de datos generales, antropométricos y la aplicación de un cuestionario de Orientación ante la vida, en donde se utilizó: balanza de bioimpedancia, tallímetro y cinta antropométrica. Se encontró un límite de edad de 11 a 19 años donde predominó el sexo masculino (56%), en los parámetros antropométricos (IMC//EDAD) se encontró 92 % en Normalidad, 7 % en Sobrepeso y una mínima cantidad 1% en Obesidad. Al evaluar el Sentido de Coherencia (SOC) se identificó al 51% del grupo estudiado con un Mediano SOC seguido por un 26% con Bajo SOC y en última posición un 24% con Alto SOC. En los adolescentes con Bajo SOC se observó diferencias estadísticamente significativas con Obesidad, con lo que se concluye que existe una asociación entre Sentido de Coherencia y Estado Nutricional, se recomienda implementar programas para motivar a los estudiantes la adopción de estilos de vida saludables, la realización de actividad física regular, y cambios en las actividades de tiempo libre, pues esto constituye un factor protector de la salud física y emocional, promueve un eficiente desempeño académico, complementa su formación integral y propende el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar integral a largo plazo.

SUMMARY

This research is to determine the relationship between sense of coherence, overweight and obesity in 195 teenagers San Andres School in San Andres Canton, Chimborazo province, through a non-experimental cross-sectional study. Bio impedance scale, measuring rod and anthropometric data and orientation questionnaire towards life, where it was used was conducted. An age limit of 11 to 19 years where a predominance of males (56%) in normal, overweight and 7% minimal 1% of obesity was found. In assessing the sense of coherence (SOC) were identified 51% of the group studied with Medium SOC followed by 26% low, and in the last position 24% Upper SOC. In teenagers with Under SOC statistically significant differences with obesity was observed, which concludes that there is an association between sense of coherence and nutritional status, it is recommended to implement programs to encourage students to adopt healthy lifestyles, conducting regular physical activity and changes in leisure activities, as this is a protector of physical and emotional health factor, promoting an efficient academic performance, complements its comprehensive training and tends improving the quality of life and the well-being of long term.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
A. GENERAL	4
B. ESPECÍFICOS	4
III. MARCO TEÓRICO	5
A. OBESIDAD	5
1. Generalidades	5
2. Definición	5
3. Epidemiología	6
4. Fisiopatología del sobrepeso y la obesidad.	6
a. Causas del sobrepeso y la obesidad	6
b. Consecuencias del sobrepeso y la obesidad.	8
5. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.	9
a. Diagnóstico.	9
1) Índice de Masa Corporal (IMC//EDAD)	9
2) Circunferencia de la cintura	9
3) Mediciones Antropométricas	11
4) Determinación de la Valoración Nutricional Antropométrica	15
a) Clasificación de la Valoración Nutricional Antropométrica según IMC para la Edad.15	
b) Clasificación de la Valoración Nutricional Antropométrica según Circunferencia de la cintura.....	16
b. Tratamiento	17
B. EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LOS ADOLESCENTES	18
C. SENTIDO DE COHERENCIA	20
1. El Modelo Salutogénico: Origen, Principios Fundamentales.	20
2. Conceptos fundamentales en el modelo salutogénico: recursos generales de resistencia y sentido de coherencia	22
3. Definición y componentes	23
4. El sentido de coherencia y su relación con la salud.....	26
5. Estabilidad y desarrollo evolutivo del sentido de coherencia.....	27

D. EL SENTIDO DE COHERENCIA EN LA ADOLESCENCIA	28
IV. HIPÓTESIS.....	30
V. METODOLOGÍA	31
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.....	32
B. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	32
C. POBLACIÓN	34
D. VARIABLES	32
1. Identificación.....	32
2. Definición.....	32
3. Operacionalización	33
D. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO.....	35
VI. RESULTADOS.....	40
VII. CONCLUSIONES.....	50
VIII. RECOMENDACIONES	53
IX. BIBLIOGRAFÍA	55
X. ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
TABLA N° 1.	
CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD.....	16
TABLA N° 2.	
PUNTOS DE CORTE PARA CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA.....	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	PÁGINA
GRÁFICO N° 1.	
DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO.....	40
GRÁFICO N° 2.	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD.....	41
GRÁFICO N° 3.	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.....	42
GRÁFICO N° 4.	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL MEDIDO POR INDICE DE MASA COPORAL /EDAD (IMC//EDAD).....	43
GRÁFICO N° 5.	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RIESGO METABOLICO CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL.....	44

GRÁFICO N° 6.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SENTIDO DE
COHERENCIA.....45

GRÁFICO N° 7.

ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y SEXO.....46

GRÁFICO N° 8.

ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y EDAD.....47

GRÁFICO N° 9.

ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y LUGAR DE
RESIDENCIA.....48

GRÁFICO N° 10.

ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y ESTADO
NUTRICIONAL MEDIDO POR INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) //
EDAD.....49

LISTA DE ANEXOS

ANEXO	PÁGINA
ANEXO 1 .	
SOLICITUD DE PERMISO	55
ANEXO 2 .	
FORMULARIO PARA LA TOMA DE DATOS.....	56
ANEXO 3 .	
CUESTIONARIO DE ORIENTACION ANTE LA VIDA.....	57

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptualizó a la salud como el bienestar físico y social que tiene un individuo constituyendo diferentes componentes como: el estado de adaptación al medio biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio, la función del organismo (alimentación) y el aspecto biológico y social (relaciones familiares y costumbres). ⁽¹⁾

Mediante el cual se proyecta el concepto de Sentido de Coherencia (SOC) como un modelo salutogénico de Aaron Antonovsky, siendo así un constructor nuevo en el estudio de la salud y en el bienestar del ser humano el cual está existiendo un importante interés a nivel científico por la importancia que tiene que ver con la salud con influencia en la calidad de vida a lo largo de la vida. ⁽²⁾

Continuando con el desarrollo de este contexto la nutrición es un componente vital para tener una buena salud lo cual va de la mano con el desempeño físico, mental y ambiental para el buen desarrollo tanto personal como global. ⁽³⁾

Definida por la OMS, los adolescentes están dentro de un rango de 12 a 19 años siendo un grupo de gran importancia desde el punto de vista social, psicológico, educativo, de salud y nutricional. Los mismos que presentan características epidemiológicas propias que necesitan un apoyo sistemático, en problemas no solo en sobrepeso y obesidad sino también en tendencias que enfatizan la importancia del bienestar y el desarrollo del mismo ante la sociedad. ⁽⁴⁾

La adolescencia en sí, es una etapa del desarrollo evolutivo muy complicado y turbio en donde existen diferentes cambios y riesgos entre ellos el sobrepeso y

la obesidad donde se han convertido en enfermedades con alcances sociales que repercuten en el desarrollo intelectual de la persona.⁽⁴⁾

Mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2011 a 2013 con relación al sobrepeso y obesidad en la etapa del adolescente que va desde los 12 a 19 años, se observa que la prevalencia a nivel nacional es del 26%, lo cual la mayor prevalencia en cuanto a sobrepeso y obesidad se observa en los adolescentes que van desde los 12 a 14 años de edad representado por el 27%, mientras que los de 15 a 19 años con un 24,5%.⁽³⁾

La obesidad en sí, representa un grave problema de Salud Pública ya que repercute en el desarrollo de diversas enfermedades crónico no transmisibles (ECNT), entre ellas la hipertensión arterial, diabetes tipo II, enfermedades cardio y cerebrovasculares las cuales han sido una de las principales causas de muerte en el Ecuador y nivel mundial. ⁽⁸⁾

Mirando en si la gran relevancia que existe el SOC para la promoción de la salud en diversos aspectos de la vida y a la vez considerando al sobrepeso y obesidad como una problemática de Salud Pública se pone en manifiesto la realización de esta investigación el cual: en primer punto, proporcionar un respectivo análisis de tipo descriptivo del SOC y en segundo punto relacionar con el sobrepeso y obesidad que se encuentre los adolescentes de la Unidad Educativa San Andrés.

En si por ser un estudio novedoso dada la escasez de investigaciones sobre este tema en nuestra comunidad y que el mismo pueda convertirse en una fuente de

referencia bibliográfica para futuras investigaciones que deseen profundizar este de gran relevancia a nivel local como mundial.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la relación entre el sentido de coherencia, sobrepeso y obesidad en adolescentes de la Unidad Educativa San Andrés, 2015.

B. ESPECÍFICOS

1. Determinar las características generales de los estudiantes de la Unidad Educativa San Andrés.
2. Evaluar el Estado Nutricional de adolescentes a través de indicadores antropométricos.
3. Identificar el sentido de coherencia del grupo de estudio a través del Cuestionario de Orientación ante la vida y relacionarlo con los valores del Estado Nutricional encontrado (sobrepeso y obesidad).

III. MARCO TEÓRICO

A. OBESIDAD

1. Generalidades

El sobrepeso y la obesidad de hoy en día se ha convertido en una pandemia que ha afectado no solamente a países industrializados sino también a países en vía de desarrollo. ⁽⁴⁾

La patogénesis de la obesidad indiscutiblemente se piensa en diferentes aspectos que tienen relación con la herencia y la genética, la historia personal, familiar, y los diferentes estilos de vida que se adopta en el entorno sociocultural del mismo. ⁽⁴⁾

Entre las principales causas del sobrepeso y obesidad tiene mucho que ver el desbalance energético y enfermedades asociadas como la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial siendo enfermedades secundarias o por la consecuencia de desórdenes alimentarios en el individuo. ⁽⁴⁾

Estas patologías del sobrepeso y obesidad en la etapa de la adolescencia se la debe tratar individualmente, con criterio en su desarrollo y evolución, ya que repercute a nivel de la propio y de la sociedad. ⁽⁴⁾

2. Definición

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), que se caracteriza por la presencia de excesiva grasa corporal, implicando en si tener un sobrepeso importante. ⁽⁴⁾

3. Epidemiología

El sobrepeso y obesidad son a nivel mundial el sexto factor principal en las causas de muerte en la población. Cada año se demuestra que fallecen en 3,4 millones de personas adultas como consecuencia de adquirir sobrepeso y obesidad, el 44% de diabetes, 23% de personas que padecen cardiopatías isquémicas y del 7 al 41% de poseer algunos tipos de cánceres relacionados al sobrepeso y obesidad. ⁽⁵⁾

A nivel mundial se demostró que existe un aumento de número de personas con sobrepeso y obesidad de 857 millones a 2100 millones entre los últimos 33 años, realizándose un análisis en 188 países en los años 1980 y 2013 determinando un aumento de padecer obesidad a nivel global de un 27,5% en adultos y un 47,1% en niños.⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mantiene que un 10% de los niños en edad escolar entre 5 y 17 años de edad en el mundo padecen de sobrepeso u obesidad. ⁽⁵⁾

Según una investigación por la organización mundial de la salud (OMS), se demostró que en el Ecuador más del 49% de los hombres y mujeres de 15 años en adelante tienen sobrepeso.⁽⁹⁾

4. Fisiopatología del sobrepeso y la obesidad.

a. Causas del sobrepeso y la obesidad

En cierto sentido la causa del sobrepeso y obesidad se debe al consumo excesivo de calorías de las que el cuerpo necesita. ⁽¹⁰⁾

Existen muchos factores ponderantes para adquirir sobrepeso y obesidad como son los ambientales ya que se relacionan con disponibilidad de los alimentos en cuanto al tamaño de las porciones de las comidas, la composición de la dieta, horario de comidas, sedentarismo. En estudios realizados se ha demostrado que los niños que ven televisión o pasan sentados en el computador más de dos horas son propensos a tener un alto riesgo de obesidad. ⁽¹⁰⁾

La duración de la lactancia materna dentro de las diferentes conductas alimentarias se ha determinado como un factor protector, a diferencia que el control de los padres a hijos a la hora de la alimentación influye en un factor radical a obtener a lo largo de la vida obesidad. ⁽¹⁰⁾

Entre los factores primordiales para la obesidad están los sicosociales ya que intervienen en la estimulación cognitiva en el hogar, el bajo nivel socioeconómico y obesidad materna. ⁽¹⁰⁾

En la etapa de la adolescencia existen muchos factores etiológicos de la obesidad que son determinantes para este ciclo de vida tales como.

- Los valores de insulinemia basal aumentan durante las etapas de Tanner III y IV.
- Existe una tendencia natural a la resistencia insulínica.
- La menarquía precoz aumenta dos veces el riesgo de tener IMC mayor al P.

85.

- Además, los adolescentes con otras conductas de riesgo como tabaco e inicio prematuro de consumo de alcohol, también tienen riesgo de desarrollar malos hábitos alimentarios y de ejercicio. ⁽¹²⁾

b. Consecuencias del sobrepeso y la obesidad.

La obesidad de los adolescentes tiene diversas consecuencias sobre la salud tanto a corto como a largo plazo, lo cual implica un mayor riesgo de tener hiperlipidemias, hipertensión arterial, resistencia a la insulina y diabetes tipo II a lo largo de la vida. ⁽¹⁰⁾

La obesidad moderada en algunos estudios está íntimamente relacionada con niveles altos de presión arterial, niveles de insulina, VLDL, LDL-c y menos HDL-c; la insulina indicada a actuar como un factor determinante de crecimiento ha sido causa de la lesión aterosclerótica e hipertensión arterial. ⁽¹⁰⁾

En síntesis las diferentes complicaciones médicas descritas son:

- Hipertensión arterial.
- Dislipidemia con un aumento de colesterol LDL, triglicéridos y una disminución de HDL.
- Intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, resistencia insulínica el mismo que se ha visto un importante aumento en la diabetes mellitus tipo II.
- Asma, apnea obstructiva del sueño y síndrome de Pickwick.
- Complicaciones ortopédicas.
- Seudo tumor cerebral con síndrome de hipertensión endocraneana asociado con ceguera que requiere hospitalización y tratamiento.

Se conoce que las personas obesas soportan discriminación desde edades tempranas, entre ellos los niños de 10 años ya prefieren a tener amigos delgados lo que provoca en los mismos un bajo autoestima que seguirá hasta la edad adulta, teniendo problemas de aprendizaje, pareciendo grandes e inmaduros a los ojos de los maestros, desarrollan cambios de conducta alimentaria como ingesta compulsiva.⁽¹⁰⁾

5. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

a. Diagnóstico.

1) Índice de Masa Corporal (IMC//EDAD)

Es un indicador resultante de comparar el IMC del individuo adolescente con el IMC de referencia correspondiente a su edad, el mismo que clasifica el estado nutricional en delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad (I,II,II).⁽¹¹⁾

El índice de masa corporal (peso en kg/talla m²), es la medida que define la obesidad en niños y adolescentes, considerando en si como criterio diagnóstico desde los 2 años de edad con una elevada especificidad y sensibilidad para la detención del sobrepeso y la obesidad.⁽¹⁰⁾

2) Circunferencia de la cintura

La circunferencia de la cintura es un componente pronóstico de síndrome de resistencia a la insulina en niños y adolescentes y se podría incluir en la práctica clínica como un instrumento simple para ayudar en si a identificar a los niños que se encuentren en riesgo.⁽¹²⁾

Recientemente se ha comenzado a investigar la medición de la cintura en los niños pres púberes y púberes de ambos sexos y su correlación con el síndrome metabólico actual y con los riesgos de enfermedades metabólicas y cardiovasculares del adulto. ⁽¹²⁾

Los resultados de los estudios de Brasil, España, Estados Unidos, Inglaterra e Italia, demuestran que, en los niños y los adolescentes, la circunferencia de la cintura es un gran indicador de la obesidad central, con utilidad clínica y epidemiológica. La medición de los pliegues cutáneos es difícil y del resorte del especialista, además la sensibilidad es menor que el índice de la circunferencia de la cintura. La circunferencia de la cintura en los niños y los adolescentes es un buen predictor de las complicaciones metabólicas y de riesgo cardiovascular. ⁽¹²⁾

La distribución normal de la grasa en los niños varía con la edad y el sexo; por ello, la circunferencia de la cintura debe compararse en cada edad y por sexo.

Los niños y adolescentes de Estados Unidos están desarrollando abdómenes más grandes que nunca, una mala señal que indica que corren mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas y diabetes, informaron investigadores estadounidenses. ⁽¹²⁾

Los expertos descubrieron que los abdómenes gordos de los niños y los adolescentes habían aumentado más de un 65 por ciento desde la década de 1990, un alza directamente proporcional al incremento de las tasas de obesidad. ⁽¹²⁾

Pero el aumento de grasa abdominal es más peligroso que el de peso general debido a que, al rodear los órganos internos, esa grasa está más clara y fuertemente relacionada con la enfermedad que el aumento de peso corporal general.⁽¹²⁾

Muchos estudios han demostrado que medir la circunferencia de la cintura puede ser una senda a la hora de determinar si alguien tiene un sobrepeso poco saludable. Este indicador sería más efectivo que el índice de masa corporal (IMC), que es un cálculo del peso en relación con la altura. ⁽¹²⁾

Sin embargo la medición de la circunferencia de la cintura no se lo realiza en los consultorios médicos; ya que así se podría detectar de manera temprana la presencia de grasa corporal no saludable, ayudando en si a que la población cambie sus hábitos, y evitar a la larga patologías desencadenadas por estos factores. ⁽¹²⁾

3) Mediciones Antropométricas

Las mediciones antropométricas que se lo realizan en los adolescentes consisten en la toma del peso, medición de talla y perímetro abdominal, explicando a la persona y a su acompañante dicho procedimiento a realizarse las diferentes mediciones antropométricas. ⁽¹¹⁾

a) Toma del peso.

Procedimientos:

- 1) Comprobar la ubicación de la balanza; la misma que tiene que estar ubicada sobre una superficie lisa, horizontal y plana, sin tener ninguna clase de desnivel o sobre algún objeto extraño.
- 2) Explicar al adolescente el procedimiento que se va a realizar en la toma de peso, y su debido consentimiento de la persona responsable del mismo..
- 3) pedir al adolescente que se quite la menor cantidad de ropa para tomar los datos.
- 4) Encerar la balanza (0) para empezar a tomar su peso.
- 5) Solicitar al adolescente se ubique en la parte central de la balanza en posición erguida con la mirada al frente, los brazos extendidos a los lados con las palmas de las manos topando los muslos, talones y pies ligeramente separados.
- 6) Leer el peso en Kilogramos (kg) y la fracción en gramos (g) descontando el peso de las prendas con la que se le pesó al adolescente.
- 7) Registrar el peso obtenido en kilogramos (kg), y con la fracción correspondiente a 100g; realizarlo todo esto con letra clara y legible.¹¹⁾

b) Medición de la Talla.

Procedimientos:

- 1) Identificar la ubicación y condiciones del tallímetro para tomar un dato preciso.
- 2) Indicar al adolescente el debido procedimiento que se va a realizar para la toma de los datos con la aprobación de la persona responsable del mismo.
- 3) Solicitar al adolescente se quite los zapatos y se encuentre con la menor cantidad de ropa para que el dato se tome con precisión.
- 4) Colocar a la persona en el centro del tallímetro poniéndose de espaldas, en posición erguida, con vista al frente, los brazos en cada costado topando las manos en los muslos, talones y pies separados.
- 5) Identificar la posición de la cabeza: constatar que la línea horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo hacia la base de la órbita del ojo, se encuentre perpendicular al tablero del tallímetro (Plano de Frankfurt).
- 7) En el caso que la persona a tomar los datos sea de menor talla que la persona que va a ser evaluada, se recomienda el uso de una escalinata de dos gradas para tomar el dato con precisión.
- 8) Colocar la palma de la mano izquierda, abierta sobre el mentón de la persona medidora, con la finalidad de que los datos sean tomados con precisión.
- 9) Con la mano derecha, deslizar el tope móvil hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza (vertex craneal), comprimiendo ligeramente el

cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Cada procedimiento tiene un valor en metros, centímetros y milímetros.

10) Leer las tres medidas obtenidas, obtener el promedio y registrarlo en la historia clínica en centímetros con una aproximación de 0,1 cm. Si la medida cae entre dos milímetros, se debe registrar el milímetro inferior. ⁽¹¹⁾

c) Medición de la Circunferencia Abdominal

Procedimientos:

1) Indicar al adolescente los pasos a seguir para la toma del dato, con el consentimiento del acompañante.

2) Pedir a la persona se ubique en posición erguida sobre una superficie plana, con el torso descubierto, y con los brazos relajados y paralelos al tronco.

3) Asegurarse que el adolescente se encuentre relajado, y pedirle que se desabroche o saque el cinturón o alguna prenda que esté comprimiendo el abdomen.

4) Los pies deben estar ligeramente separados uno del otro a una distancia de 25 a 30 cm, con la finalidad de que su peso se distribuya sobre los dos miembros inferiores.

5) Palpar el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca; ambos del lado derecho estableciendo la suficiente distancia media entre los dos puntos y marcar.

6) Coger la cinta métrica de forma horizontal alrededor del abdomen sin comprimir el abdomen.

7) Tomar el dato justo en el punto donde se cruzan las puntas de cada lado de la cinta métrica.

8) Tomar la medida al final de una exhalación normal (momento en que la persona expulsa el aire). Este procedimiento debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando la cinta.

9) Leer las tres medidas, obtener el promedio y registrarlo en centímetros con una aproximación de 0,1 cm; si la medida cae entre dos milímetros, se debe registrar el milímetro inferior. ⁽¹¹⁾

4) Determinación de la Valoración Nutricional Antropométrica.

a) Clasificación de la Valoración Nutricional Antropométrica según IMC para la Edad.

El IMC para la edad es el indicador proveniente de comparar el IMC del adolescente con el IMC de referencia correspondiente a su edad permitiendo así la valoración de los niveles de delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad, según las referencias de crecimiento corporal (OMS 2007). ⁽¹¹⁾

Para su cálculo se debe considerar la siguiente fórmula:

$IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado debe ser comparado con el cuadro N° 01 de clasificación de la valoración nutricional según IMC para la edad. ⁽¹¹⁾

TABLA N° 1: CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD.

CLASIFICACION	PUNTOS DE CORTE PERCENTIL
BAJO PESO	< 5
NORMAL	5 - 85
SOBREPESO	85 - 95
OBESIDAD	> 95

FUENTE: Academia Americana de Pediatría (AAP)

b) Clasificación de la Valoración Nutricional Antropométrica según Circunferencia de la cintura

La circunferencia de la cintura se encuentra estrechamente correlacionada con el Índice de Masa Corporal; aún sin presentar obesidad por IMC para la Edad, el perímetro abdominal puede determinar riesgos de enfermedades crónico degenerativas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otros).⁽¹¹⁾

TABLA N° 2. PUNTOS DE CORTE PARA CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA

SEXO	RIESGO

	Sin riesgo	Aumentado	Muy aumentado
Hombre	< 94	94 - 101.9	> 102
Mujer	< 80	80 – 87	> 88

FUENTE: Sylvia G. Evaluación del Estado Nutricional. Composición Corporal. Riobamba 2003.

b. Tratamiento

La obesidad en los adolescentes debe ser tratada partiendo del cambio de estilo de vida y régimen alimentario, apoyo familiar, manteniendo una regular actividad física moderada o vigorosa, evitando el sedentarismo, todo esto con ayuda de personal terapéutico para así a la larga evitar enfermedades crónicas concomitantes de estos factores.⁽¹⁰⁾

Es de vital importancia, evitar el consumo excesivo de alimentos ricos en grasas, azúcares, carbohidratos, grasas y sal; entre ellos los productos industrializados, reemplazando por alimentos ricos en vitaminas, minerales y fibra como las frutas y verduras. ⁽¹⁰⁾

De la misma manera, se debe tomar suficiente cantidad de agua al día (2 – 2.5 litros).

Como opción, también recurrir al apoyo de grupos de salud que se dedican a mejorar la calidad de vida de la población. ⁽¹⁰⁾

Finalmente, es preciso tomar conciencia de que los cambios físicos a los que se enfrentan los adolescentes tienen un gran impacto en la aceptación de su cuerpo, para algunos, el incremento de tamaño y desarrollo muscular mejora su

imagen corporal, se sienten orgullosos de su crecimiento, mientras que otros jóvenes que presenten obesidad mantendrán una percepción poco optimista de sí mismo, creará dependencia, inactividad, bajo nivel de introspección y problemas de adaptación por lo que el tratamiento nutricional y social se debe apoyar en conjunto de la familia y en la modificación paulatina de su nuevo estilo de vida.⁽¹⁰⁾

B. EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LOS ADOLESCENTES.

A lo largo de la vida, la obesidad en los adolescentes se ha incrementado por la falta de actividad física y malos hábitos alimentarios en todo tipo de población; de acuerdo a cifras de la (OMS), la obesidad en este grupo etáreo se ha aumentado en los países en vías de desarrollo que en países desarrollados.

En años anteriores, esta problemática de obesidad en la adolescencia se consideraba como una patología exclusiva de países desarrollados por la demanda alta en expendio de comida rápida, en la actualidad este problema aqueja también a países con bajos recursos económicos. ⁽⁴⁾

Esta problemática se ha convertido en una patología con alcances sociales, psicológicos; no solo en lo que se refiere a salud sino en cómo se desenvuelve el adolescente ante la sociedad, con sus familiares; ya que el sobrepeso y la obesidad puede presentarse en cualquier nivel socioeconómico y edad, lo cual va incrementándose con el transcurso del tiempo si se sigue teniendo el mismo ritmo de vida. ⁽⁴⁾

Desde el punto de vista biológico, el sobrepeso y la obesidad se debe al incremento sustancial del tejido adiposo por encima de un nivel determinado para la talla de un patrón de población normal promedio. ⁽⁴⁾

Al aumento de peso que está condicionado por una ingesta alta y conductas sedentarias se denomina exógeno, en cambio la obesidad endógena que representa el 10%, está condicionada por razones genéticas, endocrino-metabólicas u otras enfermedades. ⁽⁴⁾

Lo anterior, nos ayuda para reforzar la tesis de que tanto el sobrepeso como la obesidad responden en mayor medida a factores extrínsecos del propio adolescente y en menor medida de factores intrínsecos del mismo, como puede ser el caso de adolescentes con predisposición genética asociados al gen de la obesidad, o bien a condiciones endócrinas como el “Cushig” en niños por la hipersecreción del cortisol o bien por la ingesta de cortico esteroides como en el caso de algunos niños asmáticos sometidos por largos periodos a la exposición de este tipo de sustancias en los medicamentos. Efectivamente, en el problema de obesidad de los adolescentes, no podemos partir del hecho de que son obesos por razones de mal funcionamiento orgánico, múltiples investigaciones médicas concluyen en su mayoría, que en la obesidad están presentes de alguna forma, factores del entorno social y con la psicología del adolescente; entonces, ¿Por qué los modelos actuales de tratamiento y control de la obesidad se enfocan en su mayoría a cuestiones de alimentación y ejercicio? La respuesta a esta pregunta la podemos encontrar en parte a los modelos económicos y de consumo de la mayor parte de la gente, en donde el “culto a la belleza” hace su aparición y en donde múltiples empresas con intereses comerciales encuentran

su nicho de crecimiento, al ofrecer a los consumidores potenciales “dietas milagrosas” o aparatos de ejercicio vanguardistas de “todo en uno”. Dicho así, los consumidores potenciales (personas obesas) son influenciados de forma psicológica, esto es, se condiciona al obeso a adquirir los productos en virtud del deseo sublimado de “verse bien” o “verse física y socialmente atractivo” y en consecuencia aceptado ante la sociedad (también llamadas representaciones sociales).⁽⁴⁾

Por otra parte, el tratamiento de la obesidad no puede evitar el hecho de que el estado nutricional de un grupo determinado, no puede ser evaluado excluyendo su contexto sociocultural; antropólogos y sociólogos han enfatizado que siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía de comportamientos socialmente aceptables, por esta razón los modos de alimentación deben de ser necesariamente influidos por la cultura. ⁽⁴⁾

C. SENTIDO DE COHERENCIA.

1. Modelo Salutogénico: Origen y Principios Fundamentales.

Antes de presentar las ideas fundamentales del modelo salutogénico, conviene detenerse brevemente en sus orígenes y la figura de su creador. Aaron Antonovsky fue un médico sociólogo, profesor en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Ben Gurion, que enfatizó sus investigaciones en el estrés y sus efectos en la salud. ⁽⁷⁾

Al proceso que lleva a las personas en la dirección de la salud Antonovsky le llamó salutogénesis y a su modelo, salutogénico. Por oposición, a la perspectiva dominante hasta el momento en los estudios sobre salud, centrada en identificar

factores de riesgo que conducen a la enfermedad, lo nombró modelo patogénico.

(7)

Las diferencias entre el modelo patogénico y el salutogénico son notables tanto en su concepción del organismo como de la salud, aspectos que se plasman también en los diferentes modelos de intervención que se derivan de ellos. Partiendo de dichas diferencias, se describirán a continuación las características que definen al modelo salutogénico de Aaron Antonovsky. (7)

En primer lugar, el modelo salutogénico parte de la idea de que el desequilibrio, no la homeostasis, es el estado natural de los individuos. El curso natural de la vida confronta al individuo con continuas demandas y estresores, por lo que la inestabilidad no sólo no es un estado infrecuente, sino que, sería el estado más usual. (7)

En segundo lugar, el modelo salutogénico se concentra en los factores beneficiosos que tienen un potencial generador de salud. Yendo más allá de la dicotomía clásica entre salud y enfermedad, se basa en una visión de la salud como el movimiento en una dimensión continua: (Antonovsky, 1987). Toda persona en un determinado momento de su vida se sitúa en algún punto del continuo anterior, entre el extremo saludable y el polo de la enfermedad y todas ellas pueden ser objeto de intervención para promover su movimiento en la dirección de la salud. (7)

De esta nueva concepción de la salud derivan muchos cambios importantes respecto al paradigma patogénico: la visión no necesariamente negativa de los estresores, la ampliación de la población objeto de intervención en salud, el

énfasis en la relevancia de los factores promotores de la salud y la no identificación de la persona con un estado (sano o enfermo) o con una etiqueta diagnóstica, permitiendo acercamientos más holísticos al estudio del ser humano y su realidad (Antonovsky, 1996). Unido a esto último, se estudia la salud como globalidad, frente al estudio dividido por distintas afecciones o enfermedades que surgía del modelo patogénico. ⁽⁷⁾

Desde la perspectiva salutogénica, en cualquier caso, el objetivo es identificar aquellos factores que, con independencia de su situación en el río, promueven el movimiento activo de las personas hacia el extremo saludable. ⁽⁷⁾

2. Conceptos fundamentales en el modelo salutogénico: recursos

generales de resistencia y sentido de coherencia

Para exponer el movimiento de las personas en la dirección de la salud, Antonovsky (1987) se sirvió de dos conceptos fundamentales: recursos generales de resistencia (GRRs) y sentido de coherencia (SOC), siendo el segundo una evolución del primero. ⁽⁷⁾

Un primer acercamiento a la pregunta de qué ayudaba a los individuos a desplazarse en el continuo hacia el polo de salud, llevó a Antonovsky al concepto de recursos generales de resistencia. ⁽⁷⁾

Los recursos generales de resistencia son propiedades de los individuos, colectivos o situaciones que facilitan un afrontamiento exitoso de los estresores de la vida; de manera más precisa, se puede definir como factores de índole biológica, material y psicosocial que ayudan a las personas a percibir sus vidas como consistentes, estructuradas y comprensibles; siendo alguno de ellos el

dinero, el conocimiento, la experiencia, el autoestima, el comportamiento saludable, el apoyo social, el compromiso, el capital cultural o la inteligencia.

Como se desglosa de los ejemplos anteriores, los recursos generales de resistencia son de naturaleza muy diversa, incluyéndose elementos de carácter físico (como la buena forma física o la ausencia de limitaciones funcionales del organismo), materiales (dinero o alojamiento), cognitivos y emocionales (inteligencia, autoestima, conocimiento, experiencia), actitudinales (compromiso, racionalidad, flexibilidad), interpersonales (apoyo social, capital social), y socioculturales (estabilidad social, religión, estado del bienestar). ⁽⁷⁾

El principal elemento común a todos los recursos generales de resistencia es que proporcionan nuevas oportunidades de vivir experiencias que van a fomentar el desarrollo de una visión global del mundo tomando como un entorno comprensible, manejable y significativo. Este constructo fue nombrado sentido de coherencia y definido como el resultado de las diferentes experiencias proporcionadas por los recursos generales de resistencia. ⁽⁷⁾

3. Definición y componentes

El sentido de coherencia (SOC), se define como “una orientación global que explica el grado en que uno tiene una omnipresente y duradera, aunque a la vez dinámica, sensación de confianza en que los estímulos derivados de los entornos internos como externos en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables (comprensibilidad), los recursos están a su disposición para satisfacer las demandas planteadas por estos estímulos (manejabilidad), siendo

estas demandas retos dignos de esfuerzo y compromiso (significatividad) (Antonovsky, 1987).⁽⁷⁾

Como se desglosa de la definición, distintos componentes, con diferente énfasis en los aspectos perceptivo cognitivos, comportamentales y emocionales, se combinan en la creación de un fuerte sentido de coherencia.⁽⁷⁾

a. Comprensibilidad. Es el grado en que los individuos perciben los estímulos a los que se enfrentan como lógicos, como una información organizada, estructurada, consistente y clara, más que como incoherentes, desordenados, inciertos, accidentales o imprevisibles..⁽⁷⁾

En definitiva, un individuo con un elevado sentido de comprensibilidad tiene la certeza de que los estímulos que se encontrará en el futuro, con independencia de su naturaleza verdadera o falsa, tendrán un carácter previsible o al menos, serán ordenados y entendibles (Antonovsky, 1987).⁽⁷⁾

El componente de comprensibilidad tiene un carácter predominantemente cognitivo o perceptivo cognitivo.⁽⁷⁾

b. Manejabilidad. Es la medida en que los individuos perciben que hay recursos a su disposición que resultan adecuados para compensar las demandas que plantean los estímulos. Es importante matizar que la idea de que existen recursos a su disposición no implica que sea el propio individuo el que los posee o que dichos recursos estén bajo su control. Por manejabilidad se entiende más bien la afirmación de que cuando se presente una adversidad se será capaz de soportarla, sin ser sobrepasado por ella, con independencia de si los recursos que lo harán posible están bajo el propio control o en manos de otros en quienes

confiamos. Las personas con un alto sentido de manejabilidad aceptan que ocurren cosas negativas en la vida y confían en que cuando éstas ocurran serán capaces de superarlas. Tiene que ver con una actitud confiada y activa ante los posibles eventos dificultosos y hostiles, en lugar del victimismo y la autocompasión. ⁽⁷⁾

El componente de manejabilidad, aunque también de carácter cognitivo, está más acoplado a la esfera comportamental, ya que está vinculado con las estrategias de afrontamiento empleadas por los individuos.⁽⁷⁾

c. Significatividad. Es el grado de compromiso que uno tiene con distintas etapas de la vida, la sensación de que ciertos dominios de la vida importan y de que merece la pena invertir tiempo y esfuerzo en ellos. De una manera más sensata, este componente es definido como el grado en que el individuo siente que la vida tiene sentido, en el sentido emocional de dicha palabra, es decir, que hay varios problemas y demandas que la vida plantea en los que vale la pena invertir energía y comprometerse, que, en definitiva, son retos bienvenidos más que amenazas que uno preferiría no tener que afrontar (Antonovsky, 1987).
⁽⁷⁾

El componente de significatividad se encuadra en la esfera emocional y motivacional, ya que es esta condición la que aporta sentido a la vida de las personas en el plano emocional, llevándolas a implicarse en ella, tomando un papel activo en sus destinos. ⁽⁷⁾

Antonovsky (1987) desarrolló una herramienta para evaluar el sentido de coherencia con el objetivo de operacionalizar el constructo y proporcionar un

instrumento para la puesta a prueba de las hipótesis derivadas del modelo salutogénico. ⁽⁷⁾

Este instrumento, que Antonovsky denominó originariamente con el nombre de Orientation to Life Questionnaire, (Cuestionario de Orientación ante la vida), y consta en su versión original de 29 ítems. ⁽⁷⁾

Este cuestionario ha sido traducido a numerosos idiomas y usado en varios países, habiendo mostrado ser una herramienta con adecuados índices de calidad psicométrica (Antonovsky, 1993; Eriksson y Lindström, 2006), que han sido analizados recientemente en población española (Rivera, 2012). ⁽⁷⁾

4. El sentido de coherencia y su relación con la salud.

Antonovsky (1987) hipotetizó tres vías para exponer la influencia del sentido de coherencia sobre el estrés y la salud. El sentido de coherencia afectaría a la valoración de los estímulos, de manera que un alto sentido de coherencia haría menos probable la interpretación de los eventos trascendentales como amenazantes. ⁽⁷⁾

Un número importante de estudios han confirmado el potencial del sentido de coherencia como predictor de buenos resultados en el ámbito de la salud; así los dos trabajos de revisión más importantes realizados hasta la fecha en este ámbito que tuvieron en cuenta más de 500 trabajos sobre sentido de coherencia publicados entre 1992 y 2003, concluyen que el sentido de coherencia parece ser un factor de gran relevancia para explicar el desarrollo y el mantenimiento de la salud mental y el ajuste psicosocial a lo largo del ciclo de la vida, así como un importante predictor de la calidad de vida de un individuo. ⁽⁷⁾

Resumiendo lo anteriormente descrito existen varios estudios que han respaldado la vinculación del sentido de coherencia con la salud, en especial los aspectos psicológicos (Lindstrom y Eriksson, 2010; Suominen, Blomberg, Helenius y Koskenvuo, 1999); pero se requieren estudios nuevos que puedan profundizar en algunos aspectos y así poder contribuir a mejorar nuestros conocimientos sobre este constructo y su papel en la salud de las personas, en general, y sobre todo en los adolescentes.⁽⁷⁾

5. Estabilidad y desarrollo evolutivo del sentido de coherencia.

La estabilidad y desarrollo evolutivo del sentido de coherencia han sido objeto de constante debate en la literatura sobre este constructo. ⁽⁷⁾

Las ideas originales de Antonovsky(1987), atribuían al sentido de coherencia un carácter de modo inseguro y tentativo, hasta alcanzar la madurez de la persona; momento en que fue puesto en torno a los 30 años de edad. El sentido de coherencia definiría como una orientación vital evidentemente conformada por un conjunto de experiencias vividas en la niñez hasta la edad adulta. ⁽⁷⁾

Principalmente dada su mayor capacidad y habilidad de generar recursos de resistencia; las personas con un fuerte SOC hallarían más fácil la recuperación del equilibrio tras amenaza por presentarse situaciones estresantes, mientras que en personas con un débil SOC, las diferentes experiencias estresantes serían más aptas de traducirse en pérdidas severas del equilibrio, y llegar a producir cambios duraderos en un buen sentido de coherencia. ⁽⁷⁾

Tomando en consideración la evidencia acumulada hasta el día de hoy, se concluirá realizando una descripción grafica de desarrollo evolutivo del SOC a lo

largo del ciclo vital, manteniéndonos así que en la etapa de la adolescencia es relacionada con factores diversos que afectarán a su desarrollo. ⁽⁷⁾

Las bases de la construcción del sentido de coherencia se ubicarían en la infancia, donde el propio Antonovsky (1987) señaló la importancia de la situación económica y la naturaleza de las relaciones en el seno del contexto familiar como primeras experiencias orientadoras del desarrollo del sentido de coherencia. ⁽⁷⁾

Mediante esta etapa, resulta complicado hablar de un SOC establecido, ya que no se trata de que las experiencias acontecidas en la niñez no sean relevantes; sino de que sus efectos no se ven materializados en un sentido de coherencia estable hasta momentos posteriores de la vida. ⁽⁷⁾

En la etapa de la adolescencia, el sentido de coherencia, en sí, ha alcanzado la suficiente entidad y firmeza como para ser evaluado en los adolescentes (Honkinen et al; 2006); mostrando una asociación con la salud y calidad de vida. ⁽⁷⁾

Últimamente alcanzada la etapa de la adultez, el sentido de coherencia sería más estable, con compromisos de vida como la formación de una familia, cumpliendo roles importantes ante la sociedad, eligiendo una profesión acorde a las habilidades y destrezas de la persona. ⁽⁷⁾

D. EL SENTIDO DE COHERENCIA EN LA ADOLESCENCIA.

Si bien las diferentes investigaciones en los adultos en relación al efecto de sentido de coherencia en la salud y con el estrés; estos dos factores estarían

ampliamente fundamentada, con el papel del SOC en la niñez y en el adolescente estaría en gran parte de ello inexplorado. ⁽²⁾

En la formulación de la teoría original, Antonovsky(1987); toma mayor relevancia que en el SOC es un constructo de desarrollo que se define a los 30 años de edad. En los adolescentes se ha podido conseguir transitoriamente un alto nivel de SOC; por lo que puede afrontar factores estresantes con su estado de salud.
(7)

La hipótesis en el rol que cumple el SOC en relación con la salud de los adolescentes, se ha hecho en pocas veces sobre este grupo. Alguno de los autores manifiestan que las experiencias pasadas por los adolescentes son uno de los factores que hacen hincapié en el desarrollo del SOC en la edad adulta.
(7)

1. Relaciones familiares y sentido de coherencia

Antonovsky(1987); otorgó un papel muy importante a la familia en la construcción del SOC, tomando como múltiples factores para la formación del sentido de coherencia tales como: la posición social de la familia, el nivel socioeconómico y relaciones sociales de su entorno ⁽¹³⁾

2. Experiencias escolares y sentido de coherencia

Algunas experiencias escolares podrían tener un papel muy importante en el desarrollo del sentido de coherencia durante la adolescencia; en sí, la ayuda que el adolescente recibe de sus compañeros y maestros se convierte en un pilar fundamental para sobrellevar problemas que sean difíciles de superar, así también a recibir ayuda de los demás, si lo necesita. Entre ellas la contribución y aceptación del adolescente en experimentar un rol en la propia vida. ⁽¹³⁾

3. Relaciones con iguales y sentido de coherencia.

El rol de las relaciones

El rol de las relaciones con iguales fuera del contexto escolar en el sentido de coherencia adolescente establece el aspecto más inexplorado. ⁽¹³⁾

Especialmente Moksnes et al; encontraron que la presión en el grupo de iguales, valorada a través de una escala que incluía diversos aspectos como sentirse presionado para acoplarse con el grupo; diferencias con los miembros del grupo de iguales o ser un objeto de burlas con el aspecto físico, tiene un efecto negativo en el adolescente en el sentido de coherencia. ⁽¹⁵⁾

IV. HIPÓTESIS

El sobrepeso y la obesidad en adolescentes se relacionan con un bajo sentido de coherencia.

V. METODOLOGÍA.

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.

La presente investigación se llevará a cabo en la Unidad Educativa San Andrés que está ubicado en el cantón San Andrés en la Provincia de Chimborazo y tendrá una duración de 4 meses.

B. VARIABLES.

1. Identificación.

- Características generales
- Estado Nutricional
- Sentido de coherencia

2. Definición.

Características generales.

Edad.-es el tiempo que el individuo ha vivido desde su nacimiento y se puede expresar en años, días y meses.

Sexo.- Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que caracterizan a cada individuo.

Estado nutricional.

Peso: Es un indicador grande de la composición corporal total y se puede obtener en libras y en kilogramos.

Talla: Es la estatura o altura de un individuo, y se puede estimar en centímetros o en metros.

IMC: es un índice antropométrico que permite determinar la malnutrición por déficit o exceso.

Circunferencia De La Cintura.- Se relaciona directamente con la cantidad de tejido adiposo ubicado a nivel del tronco, por lo que su valor es tan útil como dato aislado o combinado con otros índices específicos. Refleja la cuantía de la masa grasa a nivel de abdomen y se lo considera un excelente marcador de obesidad y de riesgo.

Sentido de Coherencia

Es la disposición personal a valorar los acontecimientos de la vida como "comprensibles", "manejables" y "llenos de significado"; es la capacidad de recibir y valorar las experiencias para actuar de forma constructiva.

3. Operacionalización.

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
CARACTERISTICAS GENERALES		
EDAD	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Años
SEXO	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
LUGAR DE RESIDENCIA	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano marginal • Rural
ESTADO NUTRICIONAL		
Peso	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Kilogramos
Talla	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Centímetros

IMC/Edad	Continua Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Percentil • < 5 Bajo peso • 5 – 85 Normal • 85 – 95 Sobrepeso • >95 Obesidad
Circunferencia de la cintura	Continua Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Cm <p>Hombre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin riesgo < 93 • Aumentado 94 - 101.9 • Muy aumentado > 102 <p>Mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin riesgo < 79 • Aumentado 80 - 87 • Muy aumentado > 88
SENTIDO COHERENCIA DE Encuesta Antonovsky	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo SOC 1 • Alto SOC 7

C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es de diseño no experimental, tipo transversal.

Variable covariante principal: Estado Nutricional

Variable covariante secundaria: Sentido de Coherencia

Variables control: Edad, Sexo, Lugar de residencia

D. POBLACIÓN

POBLACIÓN FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa San Andrés.

POBLACIÓN ELEGIBLE: Estudiantes adolescentes legalmente matriculados en la Unidad Educativa San Andrés.

POBLACIÓN PARTICIPANTE: Existe un universo de 400 estudiantes adolescentes, de donde se obtendrá una muestra de seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Estudiantes adolescentes de entre 11 y 18.

Criterios de exclusión: Estudiantes adolescentes que no cumplan con la edad establecida o que por motivos personales no brinden su consentimiento o que se opongan a la toma de datos.

Calculo de la muestra

$$n = t^2 (pq) N$$

$$p = 0,5$$

$$Nxd^2 + t^2 (pq)$$

$$q = 0,5$$

Donde:

$$N = \text{Universo } 400$$

n= tamaño de la muestra

$$d = 0,05$$

$$t = 1,96$$

$$n = \frac{1,96^2 (0,5 \times 0,5) 400}{400 \times 0,05^2 + 1,96^2 (0,5 \times 0,5)}$$

$$n = 195 \text{ adolescentes.}$$

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

1. Acercamiento

Se solicitó formalmente a la rectora de la institución el respectivo permiso de ingreso mediante un oficio en el cual se le informó lo que se va a realizar y que fines tiene el trabajo de investigación. (Anexo 1)

Se elaboró un formulario (Anexo 2), la primera sobre el consentimiento de la toma de datos, la cual será firmada por cada uno de las participantes luego de la exposición sobre el propósito y objetivos de la investigación, mientras que la segunda parte constó del formulario propiamente dicho para la toma de datos generales y antropométricos.

Cuando ya se autorice tanto el ingreso al colegio como el permiso de los participantes, se procedió a la toma de datos generales y a la recolección de medidas antropométricas.

La recolección de datos se realizó eligiendo a los estudiantes utilizando el listado de los estudiantes matriculados en el periodo académico respectivo.

2. Recolección de datos.

Se solicitó con anterioridad que los participantes se encuentren con el uniforme de educación física con la finalidad de poder realizar las mediciones con mayor comodidad y exactitud.

Los datos generales fueron llenados por cada uno de los participantes de forma impersonal.

Posteriormente se procedió a la toma de datos antropométricos, los cuales fueron anotados en el formulario descrito anteriormente.

Estado Nutricional

Peso: Se pidió que los participantes se encuentren únicamente con el uniforme interior de educación física (camiseta y pantaloneta) sin zapatos u otros objetos a fin de obtener datos más exactos, se utilizó una balanza previamente calibrada, la cual proporcionó datos en kilogramos.

Talla: Se colocó con cuidado una cinta métrica flexible e inextensible a lo largo de una pared lisa, con el 0 a nivel del piso, se colocó al adolescente en plano recto, erguido, descalzo, en plano de Frankfort, solicitando que no se encuentren con vinchas o peinados que dificulten la medición en el caso de las mujeres, se tomó el dato con una escuadra apoyada en la pared y en el vertex del adolescente; el dato obtenido fue en centímetros.

Circunferencia de la cintura: Se utilizó una cinta métrica flexible e inextensible, graduada en centímetros, se colocó al individuo con el torso desnudo, parada en posición recta y con los brazos relajados a los costados del cuerpo, tomando el dato entre el punto medio entre el reborde costal y la cresta ilíaca, se tomó el dato en espiración, en medida de la propuesta aceptada internacionalmente por la OMS.

Sentido de coherencia

Se utilizó una encuesta con un contenido de 29 ítems (Anexo 3) que evalúa el sentido de coherencia en donde existe la presencia de los componentes comprensión (11 ítems), utilización (10 ítems) y significancia (8 ítems).

Las respuestas a los ítems fueron obtenidas por una escala de siete puntos, con valores extremos variando de uno a siete, en la cual el valor siete representa el más elevado Sentido de Coherencia y el uno, el más débil. El resultado posible para la escala esta desde 29 a 203, los valores más altos significan un mayor Sentido de Coherencia del adolescente.

3. Procesamiento y Análisis de Resultados.

Para la tabulación de los datos recolectados, primeramente se calculó lo siguiente:

- Revisión de cada una de las encuestas para constatar la validación de la misma.
- Para el análisis de las pruebas antropométricas IMC//Edad, se utilizó la Encuesta (Anexo 2), se procesó con el programa WHO ANTRO PLUS y los resultados se compararon de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la OMS.

- Para el análisis estadístico se utilizó el programa computarizado, EXCEL 2007, JMP Versión 5, para las variables medidas en escala nominal con medidas de dispersión desviación estándar, valor mínimo y máximo según la escala de medición.

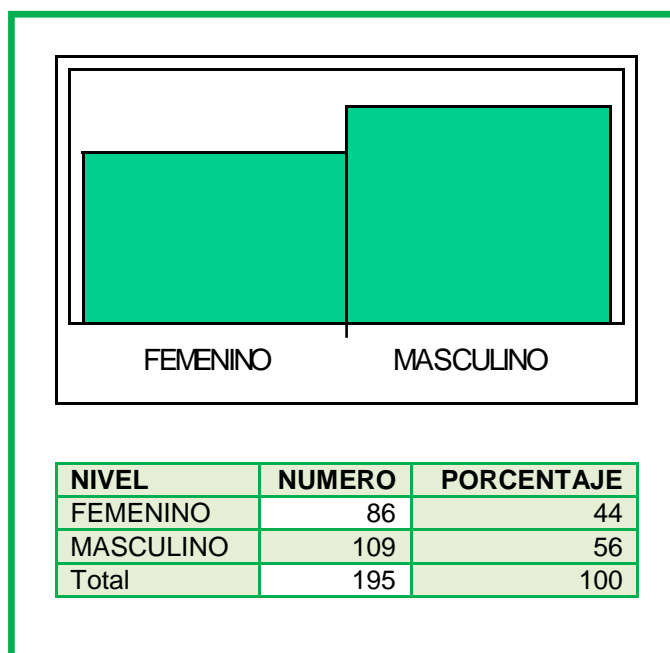
V. RESULTADOS

A. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

GRÁFICO N° 1.

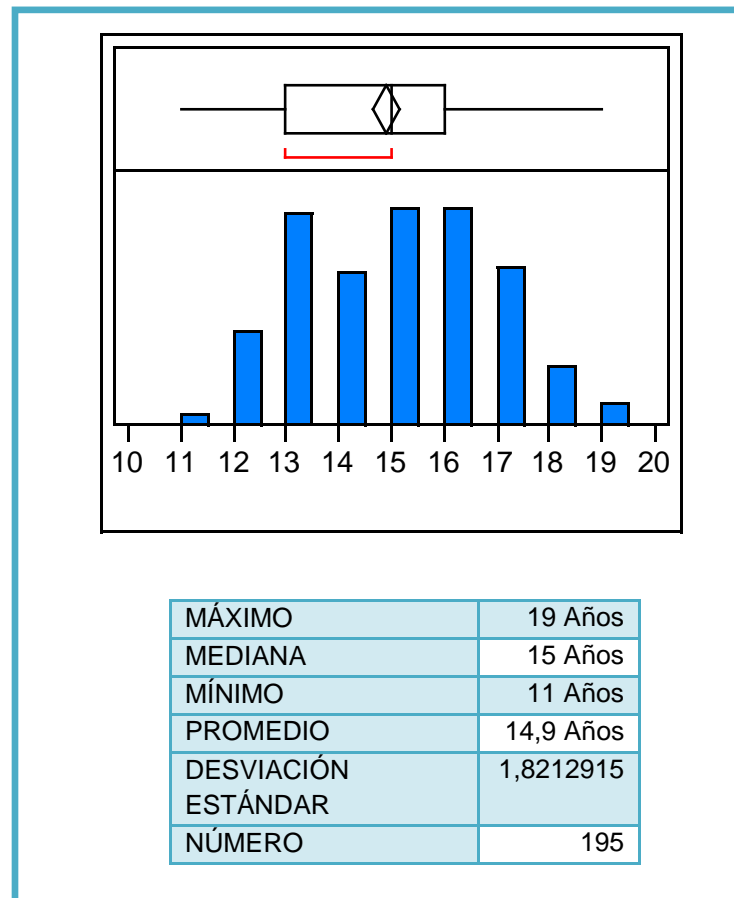
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO



Se analizó una muestra de 195 adolescentes de los cuales el 44 % corresponde al género femenino y el 56 % y porcentaje más alto corresponde al masculino.

GRÁFICO N° 2.

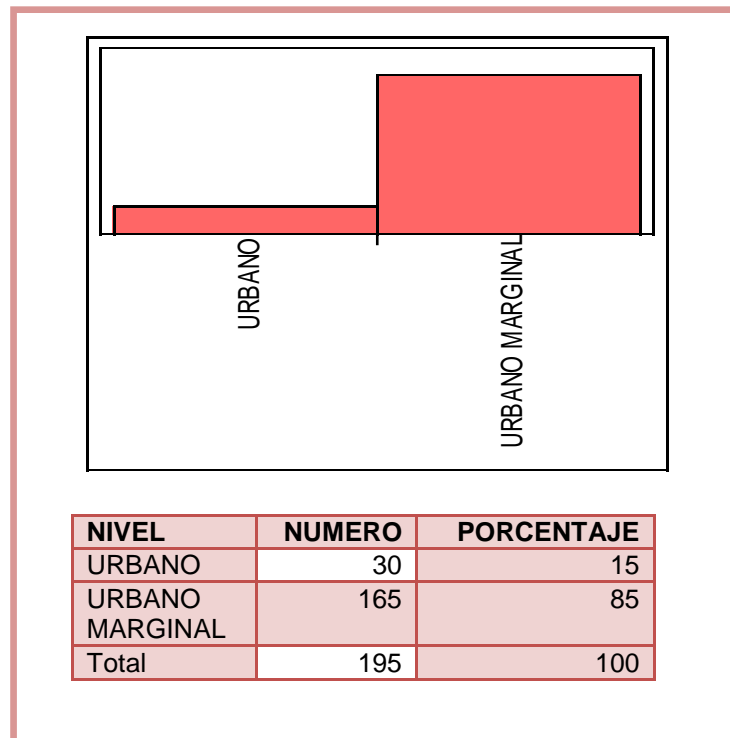
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD



En la distribución de la población según edad (años), se obtuvo un valor máximo de 19 años, un valor mínimo de 11 años y edad promedio de 14 años 9 meses, con una desviación estándar de 1,82. La distribución de la población es asimétrica negativa ya que el promedio es menor que la mediana.

GRÁFICO N° 3.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

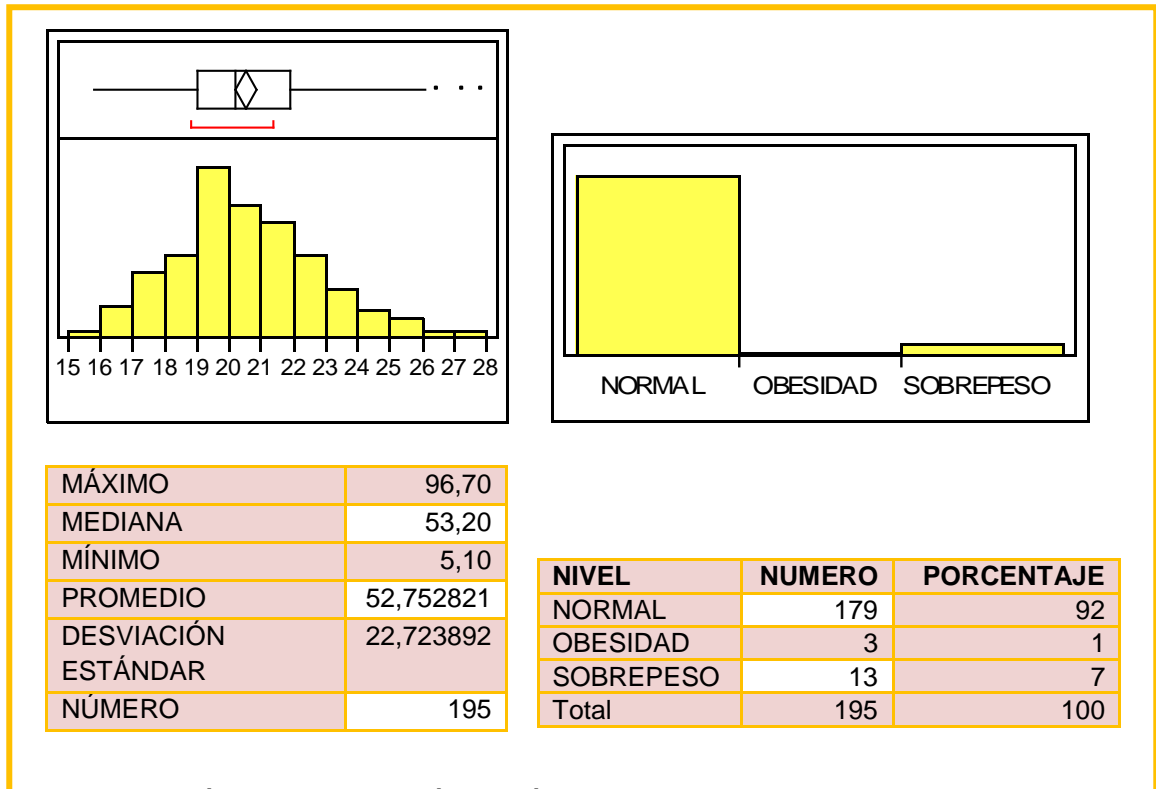


En la distribución de población según lugar de residencia se encontró que el 85% de la población estudiada reside en el área urbana marginal y el 15% en el área urbana, encontrando así un mayor número de adolescentes que viven en áreas urbanas marginales.

GRÁFICO N° 4.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

MEDIDO POR ÍNDICE DE MASA COPORAL / EDAD (IMC//EDAD)

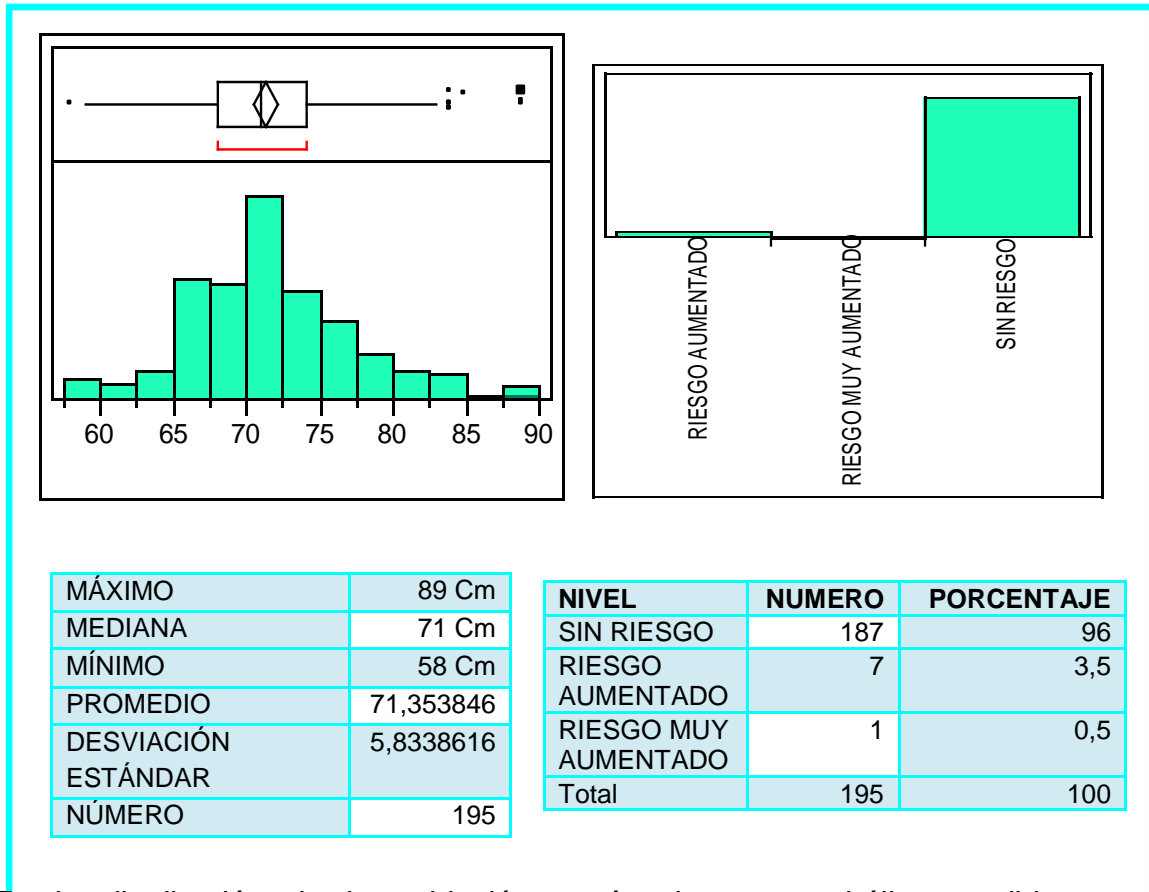


En la distribución de la población según estado nutricional encontramos que la relación IMC//Edad tiene un valor máximo de 96,7 un valor mínimo de 5,10 con un promedio de 52,7 y una desviación estándar de 22,7. Se encuentra una desviación asimétrica negativa porque el promedio es menor que la mediana. Del grupo en estudio encontramos que el 92 % de la población tiene un estado nutricional normal, el 7 % presenta sobrepeso y una mínima cantidad 1% tiene obesidad.

GRÁFICO N° 5.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RIESGO

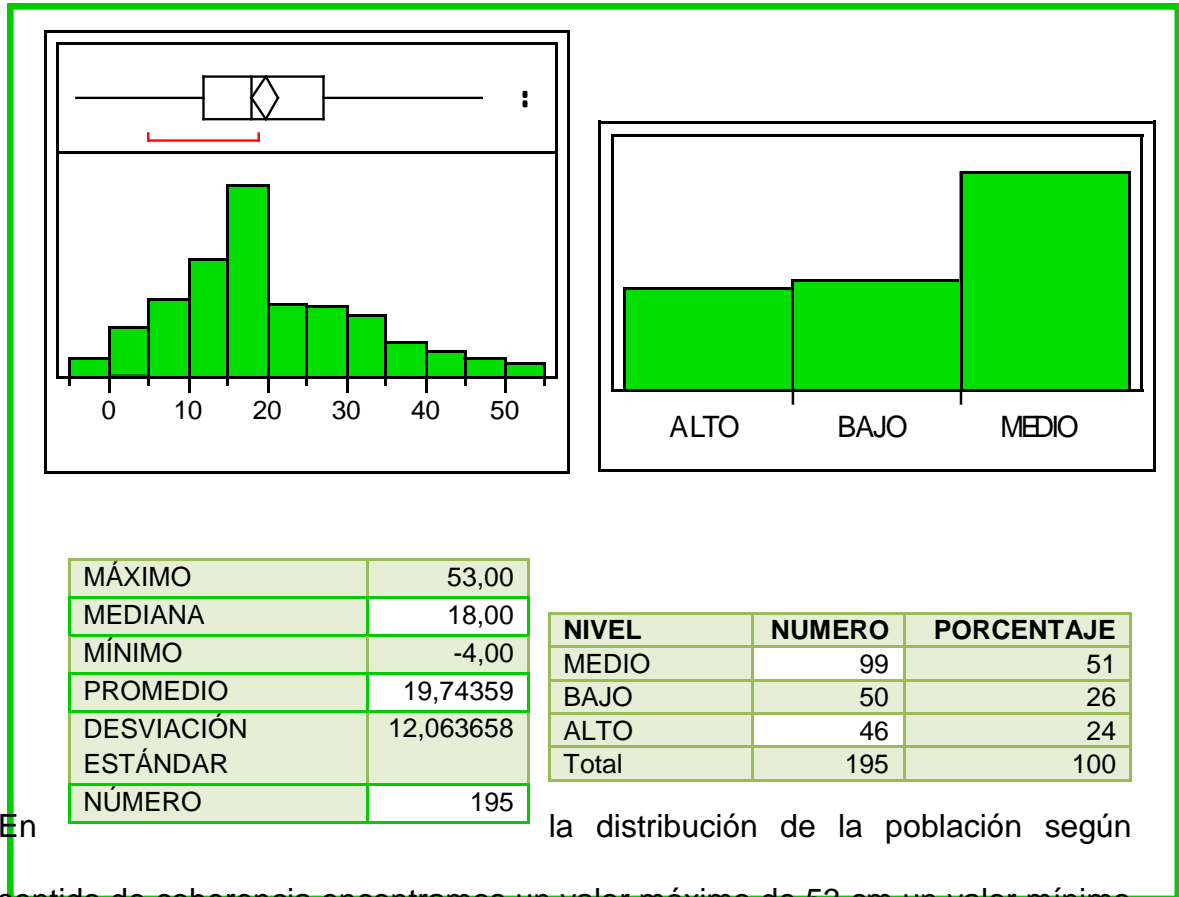
METABÓLICO CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL



En la distribución de la población según riesgo metabólico medido por circunferencia abdominal encontramos un valor máximo de 89 cm un valor mínimo de 58 cm, un promedio de 71,3 cm y una desviación estándar de 5,8, la distribución es asimétrica positiva porque el promedio es mayor que la mediana. En el grupo estudiado se encontró que el 96% no presenta riesgo metabólico, y un porcentaje menor 4% presentan riesgo aumentado y muy aumentado.

GRÁFICO N° 6.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SENTIDO DE COHERENCIA

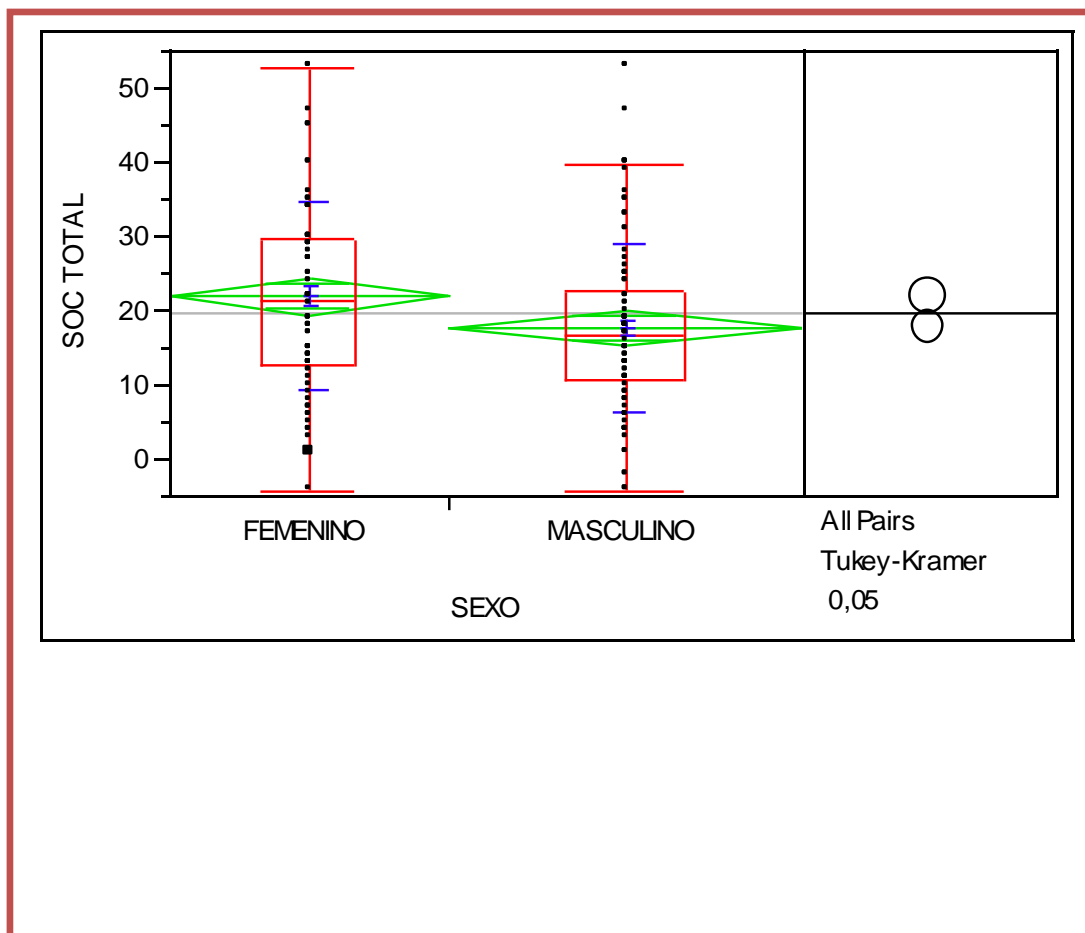


En la distribución de la población según sentido de coherencia encontramos un valor máximo de 53 cm un valor mínimo de - 4, un promedio de 19,7 y una desviación estándar de 12,06, la distribución es asimétrica positiva porque el promedio es mayor que la mediana. Además se encontró que el 51% del grupo estudiado tiene un mediano sentido de coherencia seguido por un 26% con bajo sentido de coherencia y en última posición un 24% con alto sentido de coherencia.

B. ANALISIS BIVARIADO

GRAFICO N° 7.

ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y SEXO



NIVEL	NUMERO	PROMEDIO
FEMENINO	86	22,1279
MASCULINO	109	17,8624

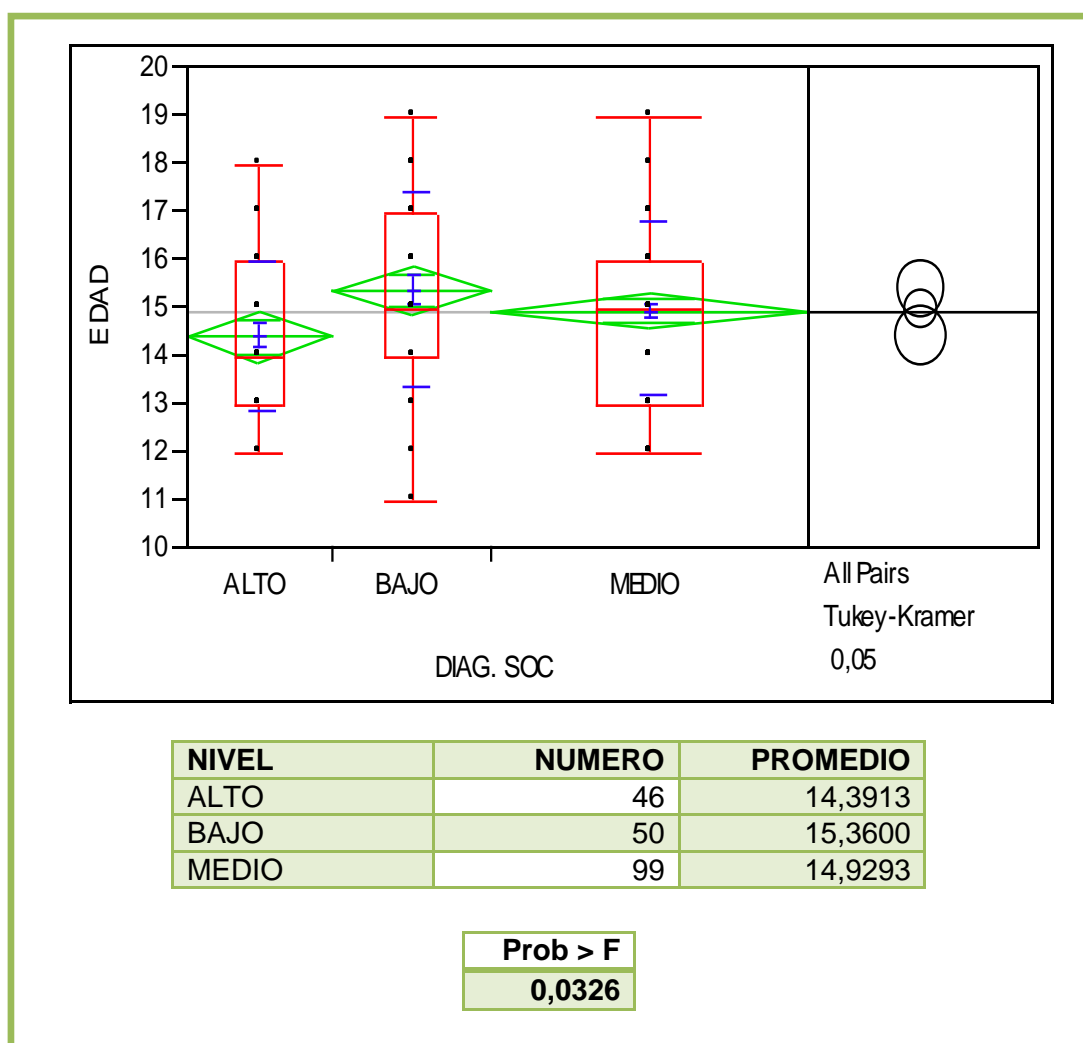
Prob > F
0,0138

Al analizar la relación entre Sexo y Puntaje total del SOC se encontró que las mujeres tuvieron un promedio de 22,2 comparado con 17,86 en los hombres. Como las diferencias entre los promedios fueron estadísticamente significativas porque el valor p de la prueba correspondiente fue $< 0,05$ (0,01). Se encontró que las mujeres tienen un promedio superior del SOC.

Se concluye que existe una asociación entre Sexo y Puntaje total del SOC.

GRAFICO N° 8.

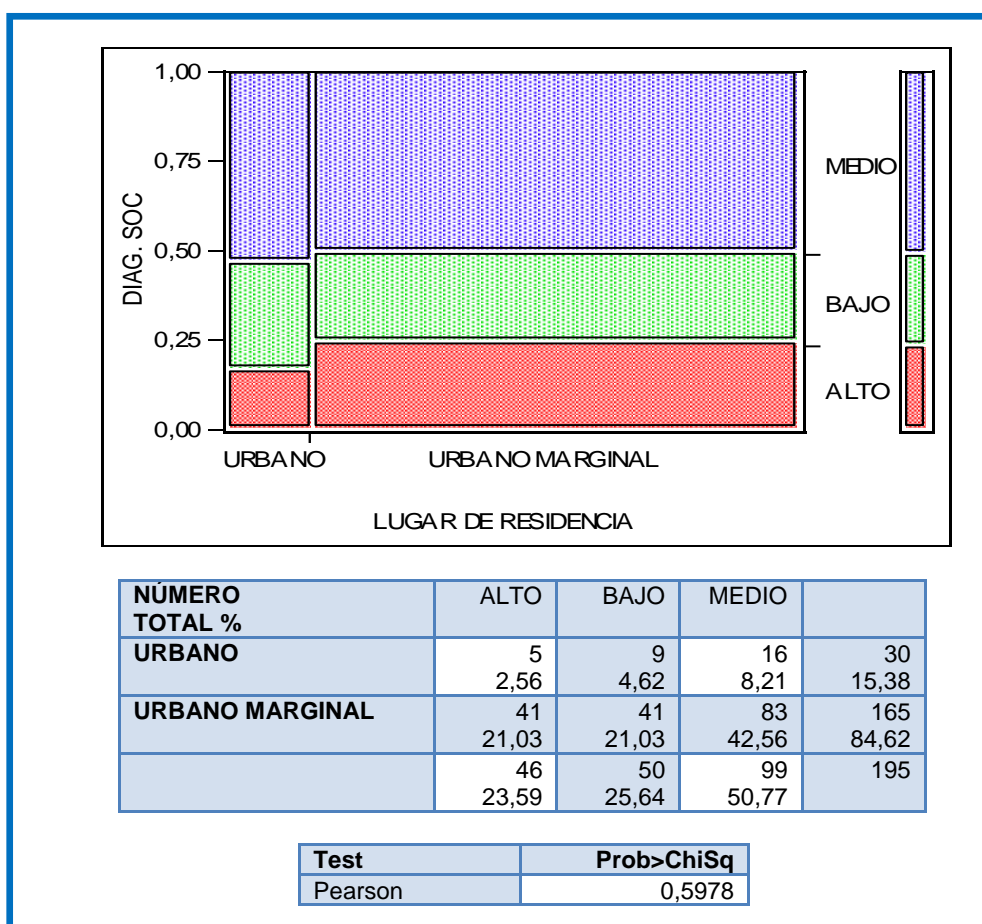
ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y EDAD



Al analizar la relación entre Diagnostico del SOC y Edad se encontró que el nivel alto tuvo un promedio de 14,39, el nivel medio 14,92 comparado con el nivel bajo que tuvo 15,36. Las diferencias entre los promedios fueron estadísticamente significativas porque el valor p de la prueba correspondiente fue $< 0,05$ (0,03). Se encontró que los adolescentes de mayor edad tienen un nivel bajo de SOC.

Se concluye que existe una asociación entre Diagnostico del SOC y Edad.

GRAFICO N° 9. ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y LUGAR DE RESIDENCIA

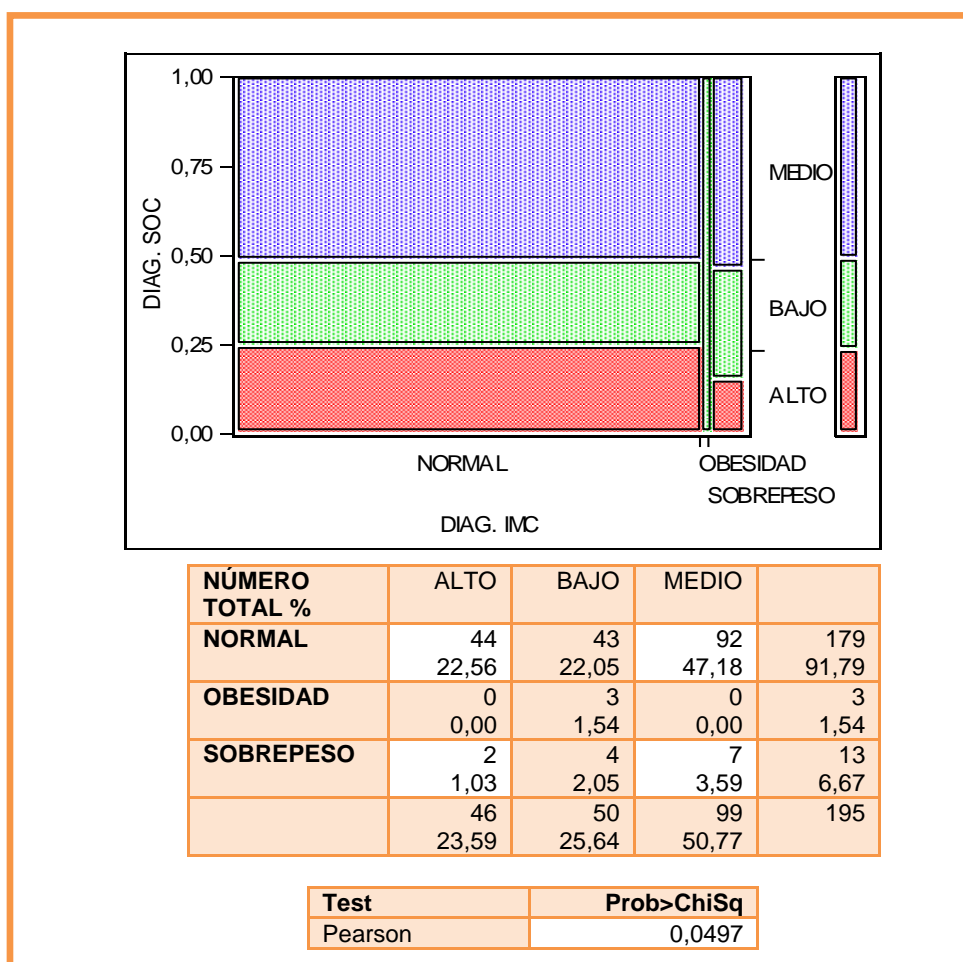


Al analizar la relación entre Diagnostico del SOC y Lugar de residencia se encontró que los adolescentes que viven en las áreas urbano marginales tienen un SOC Bajo (21,03%) y el mismo porcentaje mantiene los adolescentes con un

SOC Alto (21,03%). Como las diferencias entre los porcentajes no fueron estadísticamente significativas porque el valor p de la prueba correspondiente fue $> 0,05$ (0,59). Se encontró que el lugar de residencia de los adolescentes no interviene en el nivel de SOC. Se concluye que no existe una asociación entre Diagnóstico del SOC y Lugar de Residencia.

GRÁFICO N° 10. ASOCIACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y ESTADO NUTRICIONAL MEDIDO POR INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

// EDAD



Al analizar la relación entre Diagnóstico del SOC y Estado Nutricional medido por IMC//Edad se encontró que existe una mayor probabilidad que los adolescentes con Sobrepeso (2,05%) y Obesidad (1,54%) presenten un SOC

Bajo. Lo que se demuestra con las diferencias entre los porcentajes ya que fueron estadísticamente significativas porque el valor p de la prueba correspondiente fue $<0,05$ (0,04). Se encontró que los adolescentes Obesos tienen un porcentaje bajo de SOC. Se concluye que existe una asociación entre Diagnostico del SOC y Estado Nutricional medido por IMC//Edad.

VII. CONCLUSIONES

- Según las características generales en el grupo de estudio predominó el sexo masculino (56%), se encontró una edad promedio de 14 años 9 meses con un límite de 11 a 19 años, y de acuerdo al lugar de residencia la mayoría de adolescentes habita en áreas urbanas marginales (85%).
- Dentro de los parámetros antropométricos (IMC//EDAD) se encontró un estado nutricional en el que predominó la Normalidad 92 % de la población, el 7 % Sobrepeso y una mínima cantidad 1% Obesidad.
- De acuerdo a la clasificación del Sentido de Coherencia (SOC) se identificó al 51% del grupo estudiado con un Mediano SOC seguido por un 26% con Bajo SOC y en última posición un 24% con Alto SOC.
- Al analizar la relación entre SOC y sexo se encontró que las mujeres tienen un promedio superior de SOC comparado con los hombres y la relación encontrada fue estadísticamente significativa.

- Las diferencias entre los promedios de SOC y edad fueron estadísticamente significativas, y se encontró que los adolescentes de mayor edad tienen un nivel bajo de SOC.
- Se encontró que el lugar de residencia de los adolescentes no interviene en el nivel de SOC, ya no existe una relación estadísticamente significativa entre el SOC y Lugar de Residencia.
- En los adolescentes con Bajo SOC se observó diferencias estadísticamente significativas con Obesidad, con lo que se concluye que existe una asociación entre Sentido de Coherencia y Estado Nutricional.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda generar acciones de promoción de la salud y prevención incluyendo aspectos relativos al individuo como ser integral, motivando a los adolescentes a tomar conciencia sobre la responsabilidad para con la conservación de la salud en el presente, y así poder proyectar una visión de un futuro saludable y evitar así el aumento de posibilidades de que aparezca una enfermedad, relacionada en algunos casos con los estilos y modos de vida.
- Implementar programas para motivar en los estudiantes la adopción de estilos de vida saludables, en particular, la realización de actividad física regular, y cambios en las actividades de tiempo libre que desarrollan, pues esto constituye un factor protector de la salud física y emocional, promueve un eficiente desempeño académico, complementa su formación integral y propende por el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar integral a largo plazo.
- Se recomienda que esta investigación sea un modelo a seguir para otras instituciones y así aumentar conocimientos y profundizar hallazgos y de

manera más certera proponer acciones que redunden en pro del bienestar integral y calidad de vida de los adolescentes.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. CONCEPTO DE SALUD

www.concepto.de/salud/

2014-12-03

2. Rivera Francisco, M. C. et. al. El sentido de Coherencia en los Adolescentes: Revisión sistemática. Chile. Artículo Original.[en línea]

www.avanzamoscaminando.files.wordpress.com/

2014-12-03

3. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resumen Ejecutivo 2011-2013. Quito: ENSANUT 201. [en línea]

www.ecuadorencifras.gob.ec/

2014-12-04

4. OBESIDAD EN LOS ADOLESCENTES

www.portal.educar.org/

2014-12-04

5. ESTADÍSTICAS OBESIDAD

www.stopalaobesidad.com/

2014-12-05

6. Vega, J. Vega, L. Malnutrición por exceso y riesgo cardiometabólico en escolares de segundo y tercero medio de la comuna de Lota de Chile. Santiago de Chile: Revista Scielo. 2011 [en línea]

www.scielo.cl/

2014-12-06

- 7. García, I.** El sentido de coherencia en la adolescencia: La contribución de la familia y otros contextos a su desarrollo y su Repercusión sobre la salud. Tesis Doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla. 2014 [en línea]
www.fondosdigitales.us.es/
2014-12-06
- 8. Yépez, R. Carrasco, F. Baldeón, M.** Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. Revista ALAN. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN); Escuela Politécnica Nacional. 2008. [en línea]
www.alanrevista.org/
2014-12-07
- 9. Ecuador: Periódico La Hora.** En Ecuador el 49% de personas son obesos. Santo Domingo. 2014. [en línea]
www.lahora.com.ec/
2014-12-07
- 10. Carpio, V.** Relación entre Medidas Antropométricas y Valores de Presión Arterial en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Riobamba. Tesis de Grado. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2010
2014-12-08
- 11. VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DEL ADOLESCENTE**
<http://spij.minjus.gob.pe/>
2014-12-09
- 12. Domínguez, Daniela.** Relación entre Obesidad y circunferencia de cintura en estudiantes adolescentes del Colegio Nacional de señoritas Riobamba. Tesis de Grado Nutricionista Dietista. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2008
2014-12-09
- 13. Amaya, M. Gaviarúa, A.** Estilos de vida, Bienestar Psicológico y Sentido de Coherencia en Estudiantes de la

Universidad Buenaventura. Medellín: Artículo de Investigación.
2007. [en línea]
www.aepc.es/
2014-12-10

X. ANEXOS

A. ANEXO 1. SOLICITUD DE PERMISO

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALU PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Riobamba,.....

Doctor
Héctor Aro
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN ANDRES”
Presente.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, y éxitos en sus delicadas funciones.

La adolescencia es un periodo de la evolución humana muy importante, desde los puntos de vista social, psicológico, educacional, de salud y nutrición. Siendo los adolescentes un grupo de gran vulnerabilidad y en donde ocurren grandes cambios y existen varios riesgos la obesidad se ha convertido en una enfermedad con alcances sociales, es decir, sus repercusiones dentro de este ámbito llegan a ser determinantes para el desarrollo de los adolescentes, no solo en materia de salud sino también en la forma en cómo estos se desenvuelven, se identifican y se viven en sociedad con sus semejantes.

En tal virtud me dirijo a Ud. para solicitarle de la manera más comedida la autorización y colaboración necesario en la recolección de datos para el desarrollo del trabajo de investigación titulado **“SENTIDO DE COHERENCIA EN ADOLESCENTES CON O SIN OBESIDAD DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN ANDRÉS, 2015”**.

La misma que consistirá en la evaluación nutricional (toma de peso, estatura) y la realización de 1 test de Orientación ante la Vida en una muestra de 195 estudiantes de su honorable institución.

Por la favorable atención a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

Danny Yáñez Villena.
EGRESADO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.

B. ANEXO 2. FORMULARIO PARA LA TOMA DE DATOS

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALU PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Sentido de Coherencia en Adolescentes con o sin Obesidad de la Unidad Educativa San Andrés, 2015.

Nombre: Fecha: N° de Formulario:

1. CARACTERISTICAS GENERALES

Edad Años

Sexo F M

Fecha de Nacimiento.....

Lugar de residencia.....

2. EVALUACION NUTRICIONAL

ANTROPOMETRIA	
Peso	Kg
Talla	Cm
IMC	Kg/m ²
Percentil	
Circunferencia Abdominal	Cm

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....representante

de.....C.I..... certifico que he sido informado sobre la investigación "**SENTIDO DE COHERENCIA EN ADOLESCENTES CON O SIN OBESIDAD DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN ANDRÉS, 2015**".y el propósito de la

misma, y autorizo la toma de datos sobre mi representado los mismos que serán almacenados en absoluta confidencialidad.

.....
 Danny Yáñez
 Investigador

.....
 Representante

.....
 Investigado

C. ANEXO 3. CUESTIONARIO DE ORIENTACION ANTE LA VIDA

Aquí se presentan una serie de preguntas referentes a varios aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene 7 posibles respuestas. Por favor, marque el número que mejor exprese su opinión, siendo los números 1 y 7 los extremos de cada pregunta. Si usted opina de manera diferente marque, por favor, el número que mejor exprese o más se aproxime a su opinión. Por favor, marque solo una respuesta en cada pregunta.

1. Cuando habla con gente, ¿tiene la sensación de que no le comprenden?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca he tenido esa sensación						Siempre tengo esa sensación

2. En el pasado, cuando ha tenido que hacer algo que dependía de la cooperación con otros, usted tenía la impresión de que:

1	2	3	4	5	6	7
Seguramente no llegaría a hacerse						Seguramente llegaría a hacerse

3. Piensa en la gente con la que tiene contacto a diario, descarte a aquellos con los que se relaciona más íntimamente ¿hasta qué punto les llega a conocer?

1	2	3	4	5	6	7

Usted piensa que son extraños						Usted les conoce muy bien
-------------------------------	--	--	--	--	--	---------------------------

4. ¿Tiene la impresión de que realmente no le importa lo que pase a su alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca						Muy a menudo

5. ¿Le ha ocurrido alguna vez que le sorprenda la conducta de alguien cuando pensaba que le conocía bien?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha pasado						Siempre me ha pasado

6. ¿Le han decepcionado algunas personas en las que confiaba?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha pasado						Siempre me ha pasado

7. La vida:

1	2	3	4	5	6	7
Esta de llena de interés						Es absoluta rutina

8. Hasta ahora su vida:

1	2	3	4	5	6	7
No ha tenido objetivos, metas o interés claros						Tiene metas muy claras

9. ¿Tiene la impresión de que ha sido tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Nunca o rara vez

10. En los últimos diez años su vida ha estado:

1	2	3	4	5	6	7
Llena de cambios sin saber que ocurrirá						Completamente coherente y clara

11. La mayor parte de las cosas que vaya a hacer en el futuro serán:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente fascinantes						Totalmente aburridas

12. ¿Tiene la impresión de encontrarse en una situación poco familiar y de no saber qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca

13. ¿Qué es lo que mejor describe cómo ve usted la vida?

1	2	3	4	5	6	7
Uno siempre encuentra una solución a las cosas dolorosas en la vida						No hay solución para las cosas dolorosas en la vida

14. Cuando piensa sobre su vida, a menudo:

1	2	3	4	5	6	7
Siente lo bueno que es el estar vivo						Se pregunta por qué se vive, qué sentido tiene la vida

15. Cuando se enfrenta a un problema, la elección de una solución es:

1	2	3	4	5	6	7
Siempre confusa y difícil de encontrar						Siempre completamente clara

16. El llevar a cabo sus actividades día a día constituye:

1	2	3	4	5	6	7
Una fuente de satisfacción y placer profundo						Una fuente de dolor y aburrimiento

17. Su vida en el futuro probablemente esté?

1	2	3	4	5	6	7
Sin saber que va a						Completamente definida y clara

pasar después		
---------------	--	--

18. Si en el pasado sucedían cosas desagradables su forma de actuar era:

1	2	3	4	5	6	7
Decir: "la vida es así tengo que asumirla" y seguir para adelante						" que mas da hay que saber aceptar"

19. ¿Tiene sentimientos/ideas muy confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Casi nunca o nunca

20. Cuando realiza algo que le hace sentirse bien, es cierto que:

1	2	3	4	5	6	7
Algo ocurrirá para estropear este sentimiento						Me seguiré sintiendo bien

21. ¿Le ocurre a usted tener sentimientos que preferiría no tener?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Casi nunca o nunca

22. Anticipa que su vida personal en el futuro será?

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente vacía de objetivos y significado						Llena de objetivos y significado

23. Usted cree que siempre habrá gente en la que pueda confiar en un futuro:

1	2	3	4	5	6	7
Ciertamente si la habrá						Dudo de que exista

24. ¿Tiene usted la sensación de no saber exactamente que le va a pasar?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						nunca

25. Muchas personas incluso aquellas con un carácter fuerte algunas veces se vienen abajo y se sienten perdedoras en algunas situaciones. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						nunca

26. Cuando ha ocurrido algo, usted generalmente ha encontrado que:

1	2	3	4	5	6	7
Sobrestimó o minusvaloró su importancia						Vio las cosas en la proporción exacta

27. Cuando piensa en las dificultades a las que probablemente tenga que enfrentarse, en las cuestiones importantes de la vida, usted tiene el sentimiento de que:

1	2	3	4	5	6	7
Saldrá delante de las dificultades						No saldrá delante de las dificultades

28. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que las cosas que hace en su vida cotidiana tienen poco sentido?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Casi nunca o nunca

29. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que no está seguro de poder actuar bajo control?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Casi nunca o nunca