



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL
CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y SU RELACION
CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 11
AÑOS EN LA I.E. PERU REY SAN MARTIN DE PORRES – 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: YASHTMY ZULLY, RUIZ PAREDES

LIMA - PERÚ

2016

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL
CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y SU RELACION
CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 11
AÑOS EN LA I.E. PERU REY SAN MARTIN DE PORRES – 2013”**

DEDICATORIA

Dedico esta investigación trabajo a Dios y mi familia por darme las fuerzas para seguir adelante y a mis padres por apoyarme en todo.

DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martín de Porres 2013. Es una investigación descriptiva correlacional, se trabajó con una muestra de 100 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Conclusiones:

El nivel de conocimientos Medio de las madres tienen niños de 6 a 11 años con estado nutricional Normal en un 35%(35) en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, las madres con nivel Medio de conocimientos tienen niños de 6 a 9 años con estado nutricional de delgadez en un 19%(19), las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen niños con sobrepeso en un 10%(10) y las que tienen un nivel de conocimiento Alto tienen niños con estado nutricional Normal en un 9%(9). Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables: Conocimientos de las madres y Estado nutricional de los niños. El valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,937, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Palabras Claves: Conocimiento de las madres, lonchera escolar, estado nutricional de niños, constructores, energéticos, proteínas, vitaminas

ABSTRAC

This research aims to: Determine the level of knowledge of mothers on the content of school lunch box and its relationship with nutritional status of children aged 6-11 years in the I.E. PERU REY, 2013. San Martin de Porres is a descriptive correlational research, worked with a sample of 100 mothers, for the gathering of information is a Likert questionnaire was used, the validity of the instrument is performed by matching the trial test Expert obtaining a value of 0.86; reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of 0.91, hypothesis testing was performed using Pearson's r with a significance level of $p < 0.05$.

Conclusions:

The average level of knowledge of mothers with children aged 6 to 11 years with normal weight by 35% (35) in the IE. Rey-Peru San Martin de Porres, mothers with knowledge Medium level have children 6-9 years thinness nutritional status of 19% (19), mothers with a level of knowledge have overweight children under 10 % (10) and having a High level of knowledge of children with normal nutritional status at 9% (9). These results indicate that there is a relationship between two variables: Knowledge of mothers and nutritional status of children. The value of R Pearson obtained was 0.937, with a significance level of $p < 0.05$.

Keywords: *Knowledge of mothers, school lunch box, nutritional status of children, builders, energy, protein, vitamins*

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	53
2.4. Hipótesis	54
2.5. Variables	54
2.5.1. Definición conceptual de la variable	54
2.5.2. Operacionalización de la variable	55

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	57
------------------------------------	----

3.2. Descripción del ámbito de la investigación	58
3.3. Población y muestra	58
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	58
3.5. Validez y confiabilidad del Instrumento	59
3.6. Procesamiento para la recolección de datos	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	60
CAPÍTULO V: DISCUSION	64
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la desnutrición es uno de los más grandes problemas de salud que afecta a la población en general, “siendo la principal causa de muerte en lactantes y niños en países en desarrollo”.

“El Perú se ubica entre los diez países del mundo con un nivel crítico de seguridad alimentaria”. Según ENDES 2000, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil se ha mantenido casi en el promedio de 1996, 25.4% versus 25.8% respectivamente. El hecho de no haberse reducido este indicador en los últimos cuatro años de la década pasada, demuestra la crítica situación de salud infantil”. En el Perú hay 730.000 casos de niños y niñas con desnutrición crónica. Esto equivale a 25% de los niños y niñas menores de cinco años. (1 de cada 4 niños). En tal sentido “el perfil de salud se caracteriza por mostrar, aún, una importante presencia de condiciones de deficiencia nutricional y enfermedades infecciosas típicas de sociedades en desarrollo”.

“En el ámbito nacional, el análisis de consumo desde la década de 1950, permite apreciar que los niveles de ingesta promedio de alimentos han estado por debajo de las cifras recomendadas por la FAO”.

A pesar de ser la desnutrición un problema de salud pública alrededor del mundo, las tendencias actuales de alimentación y estilos de vida, han promovido el aumento del número de niños con sobrepeso. Los niños de países en vías de desarrollo presentan cada vez más aumento exagerado de su peso.

“Los problemas nutricionales en el país tienen como causas inmediatas la ingesta inadecuada de alimentos y su inapropiada utilización por el organismo, lo que está condicionado por el estado de salud y por los procesos infecciosos, lo cual desencadena un círculo vicioso desnutrición - infección ”

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Desnutrición es la condición que ocurre cuando el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo. A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. En el Perú casi medio millón de niños padece de desnutrición.

Para una persona que no recibe suficientes alimentos balanceados, la desnutrición está a la vuelta de la esquina. Las enfermedades son a menudo un factor, ya sea como resultado o parte de la causa de la

desnutrición. Incluso si las personas reciben lo suficiente para comer, se convertirán en desnutridas si los alimentos que consumen no proporcionan la cantidad adecuada de micronutrientes - vitaminas y minerales - para satisfacer las necesidades diarias nutricionales.

La desnutrición a una temprana edad reduce el desarrollo físico y mental durante la infancia. El retardo en talla o desnutrición crónica, como se le conoce, afecta a más de 147 millones de niños en edad escolar de los países en desarrollo (Situación Mundial de la Nutrición, Comité Permanente de Nutrición de la ONU).

El Perú se ubica entre los diez países del mundo con un nivel crítico de seguridad alimentaria”. Según ENDES 2000, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil se ha mantenido casi en el promedio de 1996, 25.4% versus 25.8% respectivamente. El hecho de no haberse reducido este indicador en los últimos cuatro años de la década pasada, demuestra la crítica situación de salud infantil”. En el Perú hay 730.000 casos de niños y niñas con desnutrición crónica. Esto equivale a 25% de los niños y niñas menores de cinco años. (1 de cada 4 niños). En tal sentido “el perfil de salud se caracteriza por mostrar, aún, una importante presencia de condiciones de deficiencia nutricional y enfermedades infecciosas típicas de sociedades en desarrollo”.

“En el ámbito nacional, el análisis de consumo desde la década de 1950, permite apreciar que los niveles de ingesta promedio de alimentos han estado por debajo de las cifras recomendadas por la FAO”.

A pesar de ser la desnutrición un problema de salud pública alrededor del mundo, las tendencias actuales de alimentación y estilos de vida, han promovido el aumento del número de niños con sobrepeso. Los niños de países en vías de desarrollo presentan cada vez más aumento exagerado de su peso.

Por lo que la malnutrición implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, las cuales se traducen en la desnutrición o la sobrealimentación. La desnutrición es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos que no satisface las necesidades de energía alimentaria, una absorción deficiente o un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos y genera una pérdida de peso corporal, por otro lado, la sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad.

La desnutrición crónica sigue siendo un problema de salud pública en los países en desarrollo y sobretodo en países en vías de desarrollo como es el Perú. Entre los años 2000 al 2011 se observó que la desnutrición crónica en los niños descendió de 25.4% a 15.2% y el sobrepeso y la obesidad en los niños aumentó a 6.4% y 1.8% respectivamente.

Sin duda, la desnutrición crónica ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, sin embargo, aún no ha sido controlada y tiene implicancias económicas y sociales porque se relaciona con resultados de salud negativos, especialmente con una mayor mortalidad infantil.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar para niños de 6 A 11 años y su relación con el estado nutricional de sus hijos en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar para niños de 6 A 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013?
- ¿Cuál es el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

Determinar cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar en niños de 6 A 11 años en la I.E. PERU REY San Martin de Porres 2013.
- Establecer el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013.

- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martín de Porres 2013.

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Según los lineamientos de la política nutricional las intervenciones educativo – comunicacionales deben contar con un enfoque preventivo – promocional cuya prioridad sea la población infantil, el desarrollo de la consejería básica en alimentación del niño, deberá formar parte del paquete preventivo de atención integral.

El rol de la enfermera en los diferentes niveles de atención es realizar actividades preventivos – promocionales de la salud , en beneficio de la familia y la comunidad , siendo uno de ellos el programa de crecimiento y desarrollo en la cual la enfermera se encarga de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño , identificando los tipos de alimentos que consume y proporcionando orientación a la madres previa obtención de información sobre los conocimientos y las practicas que tienen las madres sobre alimentación de sus niños en casa y en la escuela de modo que contribuya en el proceso de crecimiento y desarrollo adecuado.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Las conclusiones solo servirán para la institución Educativa donde se realizara la investigación, esperando se mejore y se obtenga mejores resultados con la aplicación.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes Nacionales:

Lissett Ivonne Requena Raygada-Tesis: Para optar el título profesional de LICENCIADO EN ENFERMERIA- Universidad: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Titulo de la tesis: Conocimiento y prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la institución educativa n° 524 Nuestra Señora de la Esperanza, octubre 2005.lima.- El presente estudio titulado: “Conocimiento y Prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la Institución Educativa N° 524 Nuestra Señora de La Esperanza”, tiene como objetivo: Establecer la relación entre el conocimiento y las prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y el estado nutricional del preescolar. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 150 madres y sus niños, se utilizó el muestreo probabilístico

aleatorio simple. El instrumento fue el cuestionario, la técnica fue la encuesta y una ficha de Evaluación Nutricional.

Los resultados fueron que del 100% (150) de madres, 38% (57) tienen conocimiento medio; 36% (54) bajo y 26% (49) alto. En cuanto a las prácticas 76.7% (115) tiene prácticas inadecuadas y 23.3% (35) adecuadas. En cuanto al Estado Nutricional 49.3% (74) son normales; 50.7% (76) tienen problemas nutricionales.

Las conclusiones fueron que el mayor porcentaje de madres poseen conocimiento de medio a bajo relacionado a que desconocen la importancia de la lonchera, los alimentos reguladores, los alimentos que favorecen la absorción de los demás y la bebida que se debe enviar a los niños en la lonchera. La mayoría de madres tiene prácticas inadecuadas en cuanto al contenido de la lonchera, encontrándose que la mayoría de las madres envían a sus hijos galletas, infusiones, leche, pan con pollo y mayonesa. En cuanto al estado nutricional, predominan los preescolares con problemas nutricionales.

Janet Liliana Flores Romo LIMA – PERU 2006-Nivel económico y conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación del preescolar y su relación con el estado nutricional en el Centro de Promoción Familiar Pestalozzi del distrito de Lima-Cercado.-El presente estudio sobre “Nivel Económico y Conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación del preescolar y su relación con el Estado Nutricional en el Centro de Promoción Familiar Pestalozzi del Distrito de Lima Cercado”, tiene como objetivo: Establecer la relación entre el nivel económico y de conocimientos que tienen las madres acerca de la alimentación y el estado nutricional del pre-escolar en el Centro de Promoción Familiar Pestalozzi; Identificar el nivel económico de las familias del pre-escolar, Identificar el nivel de conocimientos que tiene las madres

acerca de la alimentación del pre-escolar y Valorar el estado nutricional del pre-escolar.

El método que se utilizó fue el descriptivo transversal correlacional. La población estuvo conformada por todos niños de 2 a 5 años de edad con sus respectivas madres del Centro de Promoción Familiar Pestalozzi. El instrumento fue el cuestionario y la técnica utilizada fue la encuesta. Los resultados fueron que el 89% (40) de las madres poseen un nivel de conocimientos de medio a bajo acerca de la adecuada alimentación del pre-escolar. En lo que respecta al nivel económico el 84% (38) presenta un nivel medio bajo a bajo. En cuanto al estado nutricional el 36% (16) tienen desnutrición crónica y desnutrición global. La conclusión fue que la mayoría de las madres tienen conocimiento de medio a bajo, son de nivel económico de medio bajo a bajo y el estado nutricional es de desnutrición crónica y desnutrición global. Al establecer relación mediante la prueba de chi cuadrado se rechaza la hipótesis es decir que no hay relación entre conocimientos y estado nutricional, ni el nivel económico y estado nutricional.

Bado Perez Ricardo y cols Percepción materna del estado nutricional infantil de niños menores de tres años en el distrito de Ocongate, Cusco- Objetivos: conocer la percepción materna del estado nutricional infantil. Métodos: se diseñó un estudio cross-sectional, donde se entrevistaron a madres de niños menores de tres años para investigar la percepción del estado nutricional de sus niños y otras variables que pudieran representar riesgos de desnutrición. Resultados: se realizaron 319 encuestas a madres de niños menores de tres años seleccionados al azar. El 29,1% de los niños tenían peso/edad (P/E) menor de -2 desviaciones estándar (DE), 4,1% con peso/talla (P/T) menor a -2DE y 52% con talla/edad (T/E) menor a -2DE. Las madres apreciaron correctamente la desnutrición (P/E <-2DE) en un 39%, y normalidad (P/E >-2DE) en

un 76% ($p=0,037$). Las apreciaciones en T/E y P/T no fueron significativas. Respecto al P/E, el análisis multivariado mostró que de las madres que consideraron desnutrición, un 59,5% acertaron en los varones y 27,8% en mujeres ($p=0,014$), de las cuales el 65,6% pertenecían a organizaciones comunales de apoyo social; quienes no, fallaron en un 80% ($p=0,006$). Las madres que vivían a menos de una hora de distancia del Centro de Salud (CS) y que consideraron a sus niños como no desnutridos acertaron en un 92,3%, mientras las que vivían a mayor distancia lo hicieron en un 73,3% ($p=0,005$). No se encontraron diferencias significativas con el nivel socioeconómico ni con el analfabetismo. Conclusión: el 61% de las madres no percibieron la desnutrición infantil, particularmente en niñas. Las madres que pertenecían a organizaciones comunales dieron la categorización más aproximada, la cercanía al CS influye más en la percepción acertada de normalidad. En esta zona las intervenciones en desnutrición infantil, deben incluir a las organizaciones comunales. Los programas tipo desviación positiva pueden ser una opción acertada - El 61% de las madres no perciben la desnutrición infantil, particularmente en niñas. La categorización acertada la dieron mayormente las madres vinculadas con las organizaciones comunales, mientras que la cercanía al establecimiento de salud influye más en la percepción acertada de normalidad. El nivel de alfabetismo y el status económico, no influyeron en la percepción acertada o no del estado nutricional. En la zona estudiada las intervenciones en desnutrición infantil, deben incluir a las organizaciones comunales, programas tipo desviación positiva pueden ser una opción acertada. Dada la mayor capacidad para percibir los niños eutróficos, los mensajes deberían orientarse hacia a duda de la madre acerca de la desnutrición de sus niños, a fin de que puedan acudir oportunamente a los servicios de salud, estos mensajes deberán mantenerse en estrecha coordinación con

las organizaciones sociales de base de las comunidades dado el acceso más eficiente

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Dr. John P. Kevany-problemas de desnutrición del niño en Latinoamérica- En esta exposición se ha tratado de enfocar los problemas de la nutrición en América Latina, en el contexto del medio en que ocurren. Algunos de los factores ambientales son fenómenos naturales, otros implican la falta de recursos económicos, y otros más reflejan limitaciones técnicas y administrativas. Muchos de ellos son problemas generales que afectan a toda la población de las regiones en vías de desarrollo, y no cabe esperar que se solucionen inmediatamente ni que sean superados tan ~610 con mejorar las condiciones de nutrición de los habitantes. Sin embargo, la nutrición, quizá más que otras necesidades humanas, parece incorporar elementos de todos los problemas característicos de lo que hoy se conoce como desarrollo insuficiente o sub desarrollo. Por lo tanto, es difícil concebir una técnica sencilla para hacer frente a los problemas de la nutrición. Nuestra tarea consiste en planificar y realizar un programa multifacético de nutrición, poniendo en juego todos los recursos disponibles, ya sean nacionales o supranacionales. Si a esta labor se le asigna un lugar preferente en el orden de relación, de ella pueden emanar la dirección necesaria y los objetivos comunes que impulsen a organismos nacionales, bilaterales o internacionales a emprender en forma sistemática, bien planeada y coherente el logro de un mayor bienestar para la población del Hemisferio.

Carlos Hernán Daza-Nutrición infantil y rendimiento escolar. Colombia Médica, Vol 28, No 2 (1997) El conocimiento actual sobre nutrición y desarrollo cognoscitivo carece de datos experimentales que permitan establecer con certeza la interrelación entre malnutrición y rendimiento intelectual del niño en la escuela.

Aceptadas estas limitaciones, se resumen principios básicos sobre crecimiento y desarrollo infantil y algunos estudios recientes sobre desnutrición y función cognoscitiva en la edad preescolar. Al intentar la exploración de estas interrelaciones, se puede asumir que la función cognoscitiva del escolar y su rendimiento intelectual, están influidos por su historia nutricional y el ambiente psicosocial y familiar que enmarca su crecimiento y desarrollo. Investigaciones neurofarmacológicas han revelado cambios duraderos, aunque no permanentes, en la función neural receptora del cerebro, como resultado de un episodio temprano de malnutrición energético-proteica. Estos hallazgos indican que funciones cognoscitivas alteradas por la desnutrición, pueden estar más en relación con respuestas emocionales a situaciones de estrés, que a déficits cognoscitivos per se. Se espera que esta revisión sea útil a educadores y personal de salud, tanto en la prestación de servicios como en la realización de estudios sobre el tema.

Calderón, Edna Ruth- Conocimientos, actitudes y prácticas de madres en la alimentación de niños preescolares en la comunidad de Las Tapias, Guatemala. Este proyecto de investigación se realizó en la comunidad urbano-marginal de las Tapias, Zona 18 de la capital de Guatemala, con el objetivo de identificar la disponibilidad de alimentos fuentes de vitamina A y de hierro, estimar la frecuencia y uso de estos alimentos, identificar y describir los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en la comunidad respecto a los alimentos identificados ricos en vitamina A y hierro. Se estudió a un grupo de madres de niños menores de 6 años de edad, a quienes se les recolectó información para identificar las recomendaciones a proponer sobre conductas alimentarias y nutricionales, las cuales sean factibles de implementar en una intervención de tipo educativa a nivel comunitario, además de proporcionar información para elaborar guías alimentarias a instituciones responsables de acciones locales de salud y nutrición en la comunidad. La metodología

utilizada para investigar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) fue de tipo cualitativo, mientras que para la recolección de datos se realizó una reunión de grupo focal de madres, además de entrevistas estructuradas, entrevistas informales a informantes clave y observación participante en la comunidad. Los principales resultados obtenidos a través de estas técnicas cualitativas se complementaron con una encuesta de frecuencia de uso de alimentos permitiendo una apreciación más aproximada y completa de la situación. Los resultados mostraron que, en el mercado donde se abastece la comunidad se identificaron alrededor de 30 alimentos fuente de vitamina A y de hierro. A partir de los datos de la frecuencia de uso de alimentos se obtuvo un patrón alimentario del grupo estudiado. De acuerdo con este patrón, los alimentos más frecuentemente consumidos (más de cuatro veces por semana) son las tortillas, el pan y el café, seguido en menor porcentaje por otros alimentos que son escasa fuente de vitamina A y hierro. Los alimentos que se consumen de una a tres veces por semana son más variados, incluyendo fuentes de vitamina A y hierro.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. La nutrición, un derecho fundamental

La Convención sobre los Derechos del Niño establece el derecho de todos los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En su Artículo 6, establece que los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Por otra parte, en el año 2000, 189 países acordaron, en el marco de las Naciones Unidas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se trata de 8 objetivos desglosados en metas concretas y medibles que deben alcanzarse en 2015, con la finalidad de acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano.

A pesar de ello, la desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de sus países.

La base del desarrollo humano implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir, como se indica en la pirámide de la

Teoría de la Motivación, de Maslow.

Son muchos los factores que provocan que la desnutrición siga siendo una amenaza para la supervivencia y el desarrollo de cientos de millones de personas: la falta de una atención suficiente, el hecho de que con frecuencia resulte invisible, el alza en el precio de los alimentos básicos, los conflictos que originan desplazamientos masivos de población, la sequía, la ausencia de un enfoque de equidad y el círculo de la pobreza, entre otros.

Nutrición

Hay dos tipos de evaluaciones nutricionales y cada uno depende de un método diferente:

1. Evaluación del estado nutricional (efectos de los nutrientes consumidos en el pasado sobre el estado del cuerpo)
2. Evaluación de consumos dietéticos (la ingesta actual de nutrientes).

El estado nutricional suele realizarse a través de pruebas bioquímicas .esto permite determinar la ingesta de nutrientes específicos asociados con un indicador medible .por ejemplo, se pueden establecer conclusiones acerca de la disponibilidad nutricional de hierro a través de la determinación de hemoglobina en sangre .la antropometría, o sea la medidas corporales, permiten un valor más global. además de la altura y peso corporal ,la determinación del espesor del pliegue cutáneo tiene una importancia creciente .las mediciones antropométricas provienen de resultados acumulativos que se obtienen a partir de muchos factores

diferentes y no revelan diferencias entre los diversos nutrientes .Los síntomas clínicos producidos por las deficiencias nutricionales tienden a evidenciarse demasiado tarde . por ejemplos , una deficiencia de hierro a la larga data ocasiona síntomas clínicos como palidez y reducción de los niveles de rendimiento que se podrían haber impedido con intervención temprana .

Nutrición infantil

Generalmente, es durante la infancia cuando se desarrollan los hábitos nutricionales, y cuando el aprendizaje se realiza en gran medida por imitación de los adultos. Los padres deben tener presente que el apetito y los gustos del niño varían con el tiempo. La actividad física tiene naturalmente mucho que ver con la intensidad del apetito. Los niños más activos necesitan más calorías que los que no lo son.

Además, muchos niños llegan a descartar una clase completa de alimentos, por ejemplo las verduras, por lo cual puede haber riesgo de carencia de nutrientes esenciales. Es importante entonces variar las preparaciones, hacerlas atractivas y disimular los alimentos que no son del agrado del niño, dentro de otras comidas que sí lo entusiasmen, hasta que con el tiempo desaparezcan las resistencias. Habitualmente, los niños tienen gusto por las frutas, y una buena ingesta de éstas puede sustituir temporariamente el rechazo por otros vegetales y proveer los minerales y vitaminas necesarios.

Con las carnes suele no haber problemas, ni rechazos. Deben elegirse carnes magras, tanto blancas como rojas. La leche sigue siendo una de las principales fuente de nutrientes. En caso de rechazarse la leche, recordemos que hay muchas alternativas dentro del grupo de los lácteos - quesos, yogur- que la remplazan satisfactoriamente. Además, existe el recurso de "disfrazar" la leche por otros alimentos que son del gusto del niño, como postres, licuados de frutas o helados, o aun agregarla a salsas blancas o purés.

La dieta completa de un niño debería incluir por lo menos tres porciones diarias del grupo de lácteos, una del grupo de carnes, tres del grupo de vegetales y frutas, dos del grupo de cereales y derivados, y cuatro del grupo de cuerpos grasos.

Hay que tener mucho cuidado que pasa en los recreos, en los entretiempos de baby fútbol y en las salidas de fin de semana, en donde se adquieren grandes raciones de grasas difíciles de eliminar (papas fritas, bebidas gaseosas, cremas, hamburguesas, salchichas, galletitas).

Conductas alimentarias:

Una buena alimentación se refleja en la apariencia y se la asocia con una estructura ósea bien desarrollada, un peso armónico de acuerdo con la estatura, una expresión alerta y despierta, pelo brillante, estabilidad emocional, buen apetito, hábitos de sueño saludables, resistencia a la fatiga, tránsito intestinal regular y también buen humor.

Somos lo que comemos, y en función de lo que comemos hoy seremos en el futuro.

A esta edad el niño participa en su alimentación y es libre de escoger y decidir la cantidad y tipo de alimentos que consume, aunque la familia y el colegio son responsables de ella. Además recibe mayor variedad de alimentos y aprende a degustarlos mejor, siempre y cuando no se le obligue a comer.

Si la falta de apetito es frecuente, es necesario verificar que las comidas intermedias no interfieran con las principales.

Es frecuente el consumo de las denominadas "comidas chatarras", denominados así por su bajo valor nutricional, pero muy apetecidos por los niños. Estos son gaseosas como las bebidas cola, refrescos, dulces, golosinas, pasteles, paquetes industrializados como las papas fritas, chizitos, etc.

La educación nutricional debe ser parte de los programas académicos de los escolares, de los deportistas, pero debe continuarse y reforzarse en el grupo familiar.

2.2.2. Nutrición en la edad escolar

Durante este período, el crecimiento es lento y estable, con aumento de 5-6 cm al año; el incremento de peso es de 2 kg/año en los dos o tres primeros años y de 4-4,5 kg al acercarse a la pubertad. Se pueden producir picos de crecimiento que se acompañan de aumento del apetito y otros de disminución, es conveniente explicárselo a los padres. En la pre adolescencia, aumenta la grasa corporal, sobre todo en las chicas; los chicos tienen más masa corporal magra. Debido a estos cambios e influencias socioculturales, pueden comenzar a preocuparse por el peso y su imagen corporal.

En el desarrollo emocional, entre los 7-11 años (período de operaciones concretas) comprenden que las comidas nutritivas tienen un efecto beneficioso para el crecimiento y la salud pero, el cómo y por qué ocurre esto, es muy limitado. Las comidas entre horas adquieren un significado social. Hay una gran influencia de los amigos y medios de comunicación con un papel destacado de la televisión.

Los padres siguen teniendo influencia en lo que los niños comen, deben seguir proporcionando alimentos y los niños decidir cuánto comen. Es muy importante que las familias coman juntas y en un ambiente agradable. Igualmente, es necesario la supervisión de refrigerios que los niños pueden comprar con su dinero, ya que son ricos en grasa y azúcares refinados y bajos en nutrientes. Según vayan creciendo, se les debe informar de los efectos perjudiciales del tabaco, alcohol y drogas, así como de la importancia del ejercicio físico y hábitos de vida saludables

Problemas nutricionales en la etapa preescolar y escolar

Según diferentes estudios realizados en nuestro país en los últimos años, se observa que la ingesta energética en escolares y preescolares se adapta a las recomendaciones establecidas, aunque en algunos estudios es algo superior. Hay un desequilibrio nutricional: la energía procedente de los lípidos (40%) es muy superior a los valores recomendados (con un adecuado aporte de ácidos grasos monoinsaturados y elevado aporte de saturados en detrimento de los poliinsaturados), las ingestas de proteínas superan bastante las recomendaciones y hay un insuficiente aporte de hidratos de carbono

(38-43%). En todas las edades y en especial al inicio de la pubertad, se evidencia un mayor consumo de energía, macro y micronutrientes en los varones. Algunos estudios han demostrado ingestas inferiores a las recomendadas de Ca, Fe, Zn, Se, Mg y yodo, así como de vitaminas D, E, C, folatos y B1.

El adecuado aporte de calcio es esencial durante toda la infancia y adolescencia para la mineralización del esqueleto y lograr un adecuado pico de masa ósea.

Se ha observado que entre un 20-50% de los niños no desayunan o no lo hacen de forma adecuada, con disminución del aporte de leche, aumento de bebidas manufacturadas ricas en fósforo y, además, se observa una disminución de la actividad física asociada a una mayor dedicación a la TV, videojuegos y ordenadores, entre otros; todo esto conlleva un mayor riesgo de osteoporosis en la edad adulta. El déficit de Fe es la causa más frecuente de anemia nutricional. En niños preescolares se ha observado un porcentaje del 5-10%, siendo menor en los escolares. Tener presente un adecuado aporte de flúor en aquellas áreas donde el contenido de agua sea < de 0,3 ppm.

En los últimos años, se ha experimentado en nuestro país un aumento del índice de masa corporal (IMC) de los niños y adolescentes con el

consiguiente riesgo de obesidad y de otros factores de riesgo cardiovascular (aumento de la TA, perfil lipídico aterogénico, hiperinsulinemia, etc.). Estudios recientes demuestran la preocupación de los escolares por su peso e imagen corporal y el inicio cada vez más precoz de los trastornos del comportamiento alimentario.

2.2.3. Desnutrición

La desnutrición es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad infantil, de disminución en el rendimiento del adolescente, y en la edad adulta de la aminoración en el rendimiento del trabajo. Del 50 al 60% de los ingresos en el Hospital San Felipe, es debido a ello.

Se presenta en todos los individuos de todas las razas y en cualquier parte del mundo, siendo su mayor incidencia en las edades infantiles.

Los factores cuya etiología tiene valor definitivo en la desnutrición son tres:

1) Factores que determinen la disponibilidad de los elementos.

a) Producción.

b) Transporte.

c) Almacenamiento.

2) Factores que determinen el consumo.

a) Económicos.

b) Culturales.

c) Psicológicos.

3) Factores que determinen el aprovechamiento.

a) Momento fisiológico.

b) Condiciones fisiopatológicas presentes.

c) Estado previo de nutrición.

2.2.4. Clasificación

Desnutrición primaria; por insuficiencia exógena, comprende los siguientes tipos:

- A. Kwashiorkor o forma húmeda.
- B. Marasmo o forma seca.
- C. Mixta.

Desnutrición secundaria; consecutiva a otros procesos como: Trastornos en la absorción, en el almacenamiento, mayor utilización, mayor expresión o inhibición de la utilización.

- A. **Kwashiorkor:** La causa principal es una dieta muy escasa en proteínas, se presenta en la primera infancia, entre los 1 y 3 años.

Cuadro Clínico:

1) Signos generalmente presentes:

- a) Falta de crecimiento
- b) Edema
- c) Atrofia muscular con conservación de grasa subcutánea
- d) Irritabilidad.

2) Signos presentes algunas veces:

- a) Dermatitis descamativa.
- b) Úlceras y grietas
- c) Anemia moderada.
- d) Signos de deficiencia vitamínica asociados
- e) Hígado grande.

- B. **Marasmo:** Causa principal es la inanición por dieta deficiente tanto en proteínas como en calorías, aparece en los 3 primeros años de la vida.

Cuadro Clínico:

1) Signos presentes:

- a) Falta de crecimiento, que se aprecia por el peso corporal,
- b) Consunción, tanto de músculos como de grasa subcutánea.

2) Signos presentes algunas veces

- a) Diarreas
- b) Aliteraciones en el cabello
- c) Signos de deficiencia vitamínica asociada
- d) Deshidratación.

La gravedad o grado de desnutrición se determina siguiendo la clasificación dada por la O.M.S, basada en el grado de pérdida de peso.

Desnutrición grado I, hay pérdida del 15 al 25% de peso. y

Desnutrición grado II, hay pérdida del 25 al 40% de peso.

Desnutrición grado III, hay pérdida de más del 40% de peso.

Diagnóstico:

- a) Obteniendo una buena anamnesis
- b) Examen físico completo
- c) Datos de Laboratorio: hematológicos, química sanguínea, heces y orina.

Diagnóstico Diferencial:

Kwashiorkor,

- 1) Nefrosis,

2) Anquilostomiasis.

Marasmo:

1) Tuberculosis.

TRATAMIENTO: Los dos principios de tratamientos más importantes son iguales en todos los casos. Pero la forma que puede aplicarse debe variar según la gravedad del caso y servicios médicos locales.

Tratamiento de casos moderados de desnutrición:

1) Dieta: Se inicia con dieta líquida, luego blanda y posteriormente una dieta completa.

2) Infección. Si existe, se da tratamiento específico.

Estos pacientes se tratan en forma ambulatoria.

Tratamientos en casos graves:

1) Se ingresan inmediatamente al Centro de Salud.

2) Dieta: En forma similar a los casos moderados, pero según la vía que el niño la tolere: taza, cuchara, son da nasogástrica o venoclisis.

3) Rehidratación en casos necesarios.

4) Infección: Se aconseja administrar antibióticos. Ej.:

Penicilina por 5 ó 7 días.

5) Administración de minerales (hierro, magnesio, etc.), vitaminas.

6) Parasitosis: Tratamiento específico una vez detecta da por exámenes de laboratorio.

2.2.5. Las causas de la desnutrición infantil

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación.

En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.

2.2.6. Tipos de desnutrición infantil

Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año. Una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición.

El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas; y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia.

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

*Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.

*Pesa poco para su altura.

*Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

a) Desnutrición crónica

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad.

Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención.

El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

b) Desnutrición aguda moderada

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia.

Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

c) Desnutrición aguda grave o severa

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad.

El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales.

Requiere atención médica urgente.

2.2.7. Carencia de vitaminas y minerales

La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas.

Veamos a continuación algunos ejemplos.

Vitaminas y minerales esenciales

Vitamina A

Un niño que carece de esta vitamina es más propenso a las infecciones, que serán más graves y aumentarán el riesgo de mortalidad. Su falta aumenta el riesgo de ceguera. También produce daños en la piel, la boca, el estómago y el sistema respiratorio.

La administración de vitamina A reduce el riesgo de mortalidad por sarampión. Se estima que en poblaciones con deficiencia de esta vitamina, su administración puede reducir la mortalidad infantil por sarampión en un 50%, y la mortalidad por diarrea en un 40%. El riesgo de mortalidad infantil puede reducirse en un 23%. Las intervenciones en las que se basan estas cifras incluyeron el enriquecimiento de alimentos y la administración de suplementos orales.

Hierro y ácido fólico

La deficiencia de hierro afecta a cerca del 25% de la población mundial. La falta de hierro puede causar anemia y reduce la capacidad mental y física. Durante el embarazo se asocia al nacimiento de bebés con bajo peso, partos prematuros, mortalidad materna y mortalidad fetal.

La deficiencia de hierro durante la infancia reduce la capacidad de aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento; también daña el sistema de defensa contra las infecciones. En los adultos disminuye la capacidad de trabajo.

La mayor parte de las personas que sufre carencia de hierro son mujeres y niños en edad preescolar. La proporción más elevada de niños en edad preescolar con anemia se encuentra en África (68%).

En un estudio realizado en Indonesia, se constata que la productividad laboral se incrementó en un 30% después de la administración de hierro a trabajadores con deficiencia de este mineral.

En cuanto al ácido fólico, es fundamental durante el embarazo, previene la anemia y las malformaciones congénitas, y fortalece el sistema inmunológico.

Yodo

El yodo es fundamental para el buen funcionamiento del metabolismo. La deficiencia de yodo en una mujer embarazada puede tener efectos adversos sobre el desarrollo neurológico del feto, causando una disminución de sus funciones cognitivas.

La deficiencia de yodo, la principal causa mundial de daño cerebral que se puede prevenir, provoca daños en el sistema nervioso. Puede alterar la habilidad de caminar de los niños, así como la audición y el desarrollo de capacidades intelectuales. Los niños que crecen con carencia de yodo tienen un coeficiente intelectual al menos 10 puntos inferior al de otros niños.

En las regiones donde son frecuentes estos casos, el impacto sobre la economía es significativo. La deficiencia de yodo produce también un elevado número de muertes.

2.2.8. Actuaciones para prevenir la desnutrición infantil

En la actualidad está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el periodo que se conoce como los 1.000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán a la salud y al desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida.

En estos 1.000 días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes:

Embarazo de 0 a 6 meses

Nacimiento de 6 a 24 meses

Prevención

Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo.

*Fomento de la lactancia temprana (en la primera hora).

*Fomento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad.

*Fomento de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y continuación de la lactancia.

*Peso de los recién nacidos.

*Medición de peso y altura, y detección de casos de desnutrición aguda.

*Promoción del consumo de sal yodada.

Cambios en el entorno socio-cultural

Formación y acciones para prevenir los embarazos precoces.

*Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas.

*Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.

*Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.

*Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.

*Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.

*Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición.

*Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimento aguda y asistencia sanitaria.

En el ámbito nacional

La Convención sobre los Derechos del Niño establece las obligaciones de los Estados Partes para garantizar la supervivencia y el desarrollo de los niños. La iniciativa, el compromiso político y los planes para combatir la desnutrición tienen que proceder de los propios países que la padecen.

Algunos pasos para avanzar son los siguientes:

- Analizar la situación. Entender el contexto local, contando con buenos sistemas estadísticos, es la base de unas políticas nacionales apropiadas, así como de los marcos legislativos y las estrategias necesarios.
- Tener compromiso político y alianzas.

- Demostrar capacidad de liderazgo y de colaboración con otros organismos implicados.
- Asignar responsables al máximo nivel, dando muestras claras de la relevancia política que se le da al tema.
- Establecer vínculos con otros sectores.
- Coordinar las intervenciones de nutrición conjuntamente con las de salud, agua y saneamiento; fortalecer la agricultura y los programas de protección alimentaria.
- Fomentar las capacidades. Utilizar las capacidades existentes y mejorarlas.
- Incluir al sector privado. Involucrar a las empresas privadas, que pueden contribuir a mejorar el acceso de la población a los alimentos.
- Destacar la importancia de la nutrición y los recursos necesarios. Dar visibilidad a la eficacia de los programas de nutrición y a los costes estimados para ampliar las intervenciones.

2.2.9. Obesidad infantil

La obesidad es una enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prolongado.

Epidemiología:

La prevalencia de obesidad infantil está aumentando de manera alarmante tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En EE.UU., Inglaterra y Japón, hay claras evidencias de este incremento en la población pediátrica, tanto en el grupo de niños preescolares como escolares. En algunos países latinoamericanos, las tasas de sobrepeso y obesidad son similares a las de EE.UU.

En Argentina, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación bajo el programa materno infantil, informa una prevalencia de obesidad de 10,8% en los niños de 0 a 24 meses (rango 7-16,7) y de 7,03% entre los de 24 a 72 meses. Otro estudio realizado en Argentina, en varones de 18 años, informó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 19,5% y de 4,1%, respectivamente.

Etiología:

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales.

Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas.

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo.

La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física.

Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. La inactividad física permite que los niños dediquen

mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, esto condiciona la ganancia excesiva de peso. Varios investigadores señalan la existencia de otros factores ambientales predisponentes a la obesidad como el destete temprano del lactante, insuficiente uso de la lactancia materna, la agalactación precoz antes del tercer mes de vida, el consumo de más de un litro de leche en el día. También se mencionan la formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples. Es por ello que en los últimos 20 años el incremento de la prevalencia de la obesidad solo puede ser explicado por los factores ambientales al existir una epidemia de inactividad.

Repercusión clínica y sus complicaciones

Los niños con obesidad tienen repercusión en toda la economía que implica alteraciones en diferentes subsistemas, por lo cual muchos especialistas mencionan el Síndrome Metabólico que incluye además de la obesidad, a la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, elevación de las LDL y VLDL, disminución de las HDL, hiperuricemia y aumento de la resistencia a la insulina.^{12,13} No es por tanto un trastorno único, por el contrario se acepta que es un grupo heterogéneo de trastornos asociados que repercuten grandemente en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones. a través de altas incidencias de diabetes tipo II, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares (IAM), algunos tipos de cáncer y apnea obstructiva del sueño, entre otras.

La mayoría de los signos dismórficos, alteraciones dermatológicas y deformidades esqueléticas encontradas fueron las relacionadas con el desarrollo de la obesidad expresado en su tipo mórbido. Entre las alteraciones dermatológicas se observaron con más frecuencia la acantosis nigricans, y lesiones de intertrigo. Las deformidades esqueléticas más

frecuentes fueron el *genus valgus* y los pies planos en sus diferentes grados.

Son suficientes 6,50 a 9 Kg. de más para provocar arcos planos o inflamación de la placa de crecimiento en los talones señaló Haycock, quien también afirma que solía ver ese dolor de pie en niños muy activos y que ahora los sufren cada vez más los chicos con sobrepeso. Lo que está claro es que los problemas en los pies de los niños obesos pueden provocar un circulo vicioso, en el que el dolor de pie les hace más difícil abandonar el sedentarismo, lo que a su vez dificulta bajar de peso.^{12,13,14,15}

Se encontró que los escolares obesos presentaron mayor frecuencia de dificultad respiratoria nocturna, trastornos en el sueño y dificultades en el aprendizaje que los eutróficos.

Consecuencias de la obesidad pediátrica:

A Corto plazo (para el niño o el adolescente)

- Problemas psicológicos
- Aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Asma
- Diabetes (tipo 1 y 2)
- Anormalidades ortopédicas
- Enfermedad del hígado

A Largo plazo (para el adulto que era obeso de niño o adolescente)

- Persistencia de la obesidad
- Aumento de los factores de riesgo cardiovascular, diabetes, cáncer, depresión, artritis
- Mortalidad prematura.

Diagnostico

El método diagnóstico utilizado se basa en estándares internacionales de índice de masa corporal (IMC) para edad, calculado como peso (Kg.) dividido por la talla al cuadrado (m²).

Estos estándares se desarrollaron para niños y adolescentes y se corresponden con la clasificación de sobrepeso y obesidad para adultos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde el punto de corte para sobrepeso es de 25 de IMC y el de obesidad es de 30. Con esta premisa un subgrupo de expertos de la OMS (International Obesity Task Force) desarrolló estándares de IMC para la población pediátrica basados en los mismos puntos de corte. Posteriormente, éstos se trasladaron a su equivalente para cada edad, con el beneficio adicional de ser utilizables internacionalmente.

Definiciones de obesidad pediátrica:

Para investigación y propósitos epidemiológicos:

- El sobrepeso se debe definir como $IMC \geq$ a percentilo 85 para el sexo y la edad.
- La obesidad se debe definir como $IMC \geq$ a percentilo 95 para el sexo y la edad.

Para propósitos clínicos:

- El sobrepeso se debe definir como $IMC \geq$ a percentilo 91.
- La obesidad se debe definir como $IMC \geq$ a percentilo 98

A pesar de la alta especificidad, un IMC alto para la edad tiene escasa sensibilidad en niños y adolescentes.

Historia Clínica completa que incluya:

Anamnesis. Se deben recoger los siguientes datos:

- Peso y talla al nacer.
- Duración de la lactancia materna.
- Edad del destete.
- Comienzo de la agalactación.
- Edad de comienzo de la obesidad.
- Tiempo que pasa en actividades sedentarias, como ver televisión.
- Enfermedades que padece.
- Medicamentos que se le administran frecuentemente.
- Antecedentes familiares de obesidad.
- Examen físico general, regional y por aparatos:
- Incluirá la evaluación antropométrica (peso, talla, circunferencia del brazo, cintura y cadera, pliegues tricipital, suprailíaco y subescapular).
- Peso: Es la acción de la gravedad sobre la masa corporal. Instrumento: balanza.
- Estatura: Es la distancia directa entre vértex y el plano de apoyo del individuo. Antes de los 2 años de edad debe tomarse en decúbito supino y se denomina: longitud supina. Después de esta edad el sujeto permanece de pie, en posición de firmes.
- Circunferencias: Es necesario que la cinta haga un contacto ligero con la piel, por lo que no debe apretarse tanto que haga una “cintura”, ni dejarla tan floja que se separe del cuerpo. Instrumento: Cinta métrica.
- Circunferencia de la cintura: Es la circunferencia mínima de la cintura.
- Circunferencia de la cadera (glúteos): Es la circunferencia que pasa por la región más saliente de los glúteos.

- Circunferencia del brazo: Es la circunferencia tomada en la mitad del brazo, entre el acromion y el olécranon.
- Pliegues cutáneos: La medición de los pliegues cutáneos consiste en tomar el grosor de una doble capa de piel más grasa subcutánea, y se separa del músculo subyacente.
- Pliegue subescapular: Es el pliegue que se toma en el ángulo inferior de la escápula.
- Pliegue suprailíaco: No existe una definición exacta para esta medición, pero es un pliegue localizado en el abdomen, en la región suprailíaca.
- Pliegue del tríceps: Es un pliegue tomado en el punto medio a lo largo del brazo.
- Exámenes de laboratorio: Glucemia, Lipidograma, hemograma.

Tratamiento:

Se acepta que es una entidad de complejo tratamiento de forma multidisciplinaria donde deben participar pediatras, nutricionistas, dietistas, psicólogos, comunicadores sociales y maestros entre otros técnicos y profesionales que trabajen para modificar los factores de alimentación y estilos de vida u otros factores causales.

En el tratamiento dietético de la obesidad en niños y adolescentes es necesario observar que se deben satisfacer las necesidades de nutrientes para su crecimiento y desarrollo, lograr un cambio gradual del tejido graso por tejido magro, por lo cual no se deben usar dietas restrictivas.

La principal estrategia para controlar la obesidad es la prevención y el diagnóstico precoz.

Puede prevenirse en la infancia, aunque no se sabe a ciencia cierta si ello va a evitar su presencia en la adolescencia o en la edad adulta, para ello es muy importante mantener la lactancia materna exclusiva al menos hasta los

4 meses, ya que el niño lactado al pecho controla mejor la cantidad de su ingesta, porque la saciedad no depende solamente del volumen ingerido sino también del tipo y concentración del alimento. Los mecanismos de saciedad en la lactancia natural están asociados en gran medida con el contenido de grasa de esta.

El niño alimentado al pecho realiza más actividad física que el alimentado con leches artificiales, trabaja más, emplea más tiempo en su participación en la lactancia, y permanece más tiempo despierto. No debemos forzar al niño a ingerir alimentos sólidos antes de los 5 meses, pues esto condiciona la obesidad desde el primer año de la vida. Ya en la edad escolar existen otros factores que debemos evitar, como es el consumo de golosinas ricas en hidratos de carbono y la vida sedentaria.

Puntos útiles al tratar la obesidad pediátrica:

- Tratar en forma intensiva, son beneficiosas citas frecuentes y prolongadas
- Tratar a la familia entera, no sólo al niño
- Tratar sólo familias motivadas
- Organice los cambios dietéticos, quizás con un “semáforo”, restringir los alimentos de alta energía (“rojo”); restringir los alimentos con el contenido en energía moderado (“amarillo”) y comer libremente los alimentos que son bajos en energía (“verde”)

Puntos del tratamiento

- Resolver alguna comorbilidad si está presente
- Alcanzar mantenimiento del peso, no necesariamente lograr pérdida de peso
- Asegurarse que las familias supervisen su propia dieta, actividad, horas frente al televisor, y uso de la computadora

- Reducir el comportamiento sedentario (particularmente las horas frente al televisor, a menos de dos horas por día)
- Aumentar la actividad física (por ejemplo caminar hacia y desde la escuela).

2.2.10. Kioscos Saludables

A. Kiosco escolar saludable: definición, antecedentes y beneficios

1) Definición

El **kiosco escolar saludable** es un espacio físico adecuado para el consumo de alimentos nutricionalmente saludables, en el cual se brinda la oferta de alimentos sanos e inocuos, se implementan normas sanitarias de control y calidad de alimentos y además tiene el objetivo de promover estilos de vida saludables en la población escolar.

Tipos de kioscos escolares saludables:

Kiosco Básico

Considerado aquel espacio físico que posee una estructura sencilla, sólida y segura para el expendio de alimentos, sin poseer servicios básicos completos.

En este punto saludable se podrán vender sólo:

- **Alimentos envasados** que cuenten con registro sanitario y posean bajo contenido de grasas, azúcares simples y sal en exceso.
- **Alimentos naturales** como frutas, verduras y otros alimentos que no requieran procedimientos previos para su consumo.

Kiosco Tipo Cafetín

Este tipo de kiosco se considera como aquel establecimiento que cumple con poseer estructura compleja, sólida y segura, poseer servicios básicos completos, y se rige bajo el tratamiento de la Norma Sanitaria de Restaurantes.

2) Antecedentes

La obesidad y el sobrepeso son problemas cada día más preocupantes en nuestro país y en el mundo, afectando tanto a la población adulta como a la infantil. Se destaca la importancia de la obesidad y el sobrepeso como causas de morbilidad y mortalidad, así como su relación con otras enfermedades crónicas, por ello existe la necesidad de dar una respuesta a este grave problema de salud pública desde distintos sectores.

Existe evidencia científica que ha demostrado que implementando estrategias e intervenciones a nivel educativo, nutricional y alimentario se pueden lograr grandes

cambios, tal es el caso de la estrategia de salud y educación implantada por el gobierno español a través de su Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, en colaboración con La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). En el año 2010 implementaron campañas y difundieron diverso material educativo para profesionales de la salud, maestros de escuela y padres de familia hablando sobre una correcta alimentación saludable para los más pequeños.

El Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de Chile presentó un estudio realizado en Macul en donde aparte de desarrollar los pilares fundamentales del proyecto de prevención y control de la salud infantil como la educación en nutrición y el aumento de la actividad física, se desarrolló un espacio saludable, un punto de venta de alimentos de bajo costo asociado a prácticas de actividad física donde se analizaba actitudes

hacia los alimentos saludables y no saludables en escolares y profesores, comparando el modelo tradicional de kiosco y de rincón saludable. Lo que se evidencio fue que más del 69 % de los niños compraban en el kiosco y que con el dinero compraban los productos envasados dulces, jugos helados productos salados y bebidas gaseosas, y entre la principal motivación que arrojaron para consumirlos fue que son ricos, los venden en el kiosco, son baratos, todos los compran, publicidad en la televisión, están de moda, tienen envases bonitos y taren regalos. La intervención consistió en la implementación del espacio saludable, capacitación del concesionario y docente del colegio, clasificación nutricional de los alimentos expendidos, análisis de los alimentos expendidos en el mercado y la promoción de alimentos con bajo aporte calórico, grasa azúcar y sal.

En otro estudio realizado en Chile por las nutricionistas Jacqueline Ibarra P. y Mari Alarcón R. en la institución educativa del Colegio Manuel D'Alzon de la Comunidad de Lota, incluyó una muestra de 939 estudiantes a quienes se les realizó evaluaciones antropométricas, de ingesta alimentaria, y talleres educativos, incluyendo docentes y apoderados efectuando talleres educativos. Se logró la incorporación de temas de alimentación saludable en las actividades curriculares, y la implementación de un kiosco saludable. En los resultados se observó una disminución en la prevalencia de malnutrición por exceso en 3 puntos porcentuales de un 28% inicial a un 25% final, siendo en el género masculino en donde se hace más evidente esta reducción.

En un estudio de sustentación de tesis realizado en la Universidad de Concepción de Uruguay por la nutricionista Chiesa María Elina, en donde 50 escolares fueron evaluados durante el período de Abril a Mayo de 2009, y se encontró que un 66% normopeso; 20% sobrepeso y 14% obesidad, además que en la población infantil estudiada, el consumo excesivo de comidas rápidas y el desarrollo de sobrepeso u obesidad se encuentran directamente relacionados, existiendo una vinculación entre el consumo excesivo de comida rápida, snacks, gaseosas, golosinas en los kioscos

escolares y el estado nutricional de los niños, con un nivel de confiabilidad del 99%.

En el Perú, más de la mitad de la población adulta y uno de cada cinco niños menores de 10 años, sufre de sobrepeso y obesidad. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDES.

El Ministerio de Salud implementó una GUÍA DE GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD dirigida a docentes de las Instituciones Educativas que han adoptado la estrategia Escuela Promotores, así como al personal de salud y técnico de los establecimientos de salud. Constituye un material educativo, que tiene por objetivo ser una herramienta de consulta y orientación del trabajo intersectorial, para fortalecer las acciones de promoción de la salud, en una estrategia a través de la cual se contribuya a elevar la calidad de vida de los estudiantes.

Un estudio de tesis sobre barreras percibidas en Institución Educativa Saludable (I.E.S) “Fernando Belaunde Terry” del distrito El Agustino durante el desarrollo del eje temático de Alimentación y Nutrición, realizado por Elida S. Rojas Jara, Hyda E. B. Cáceres Rojas, UNMSM, Nutrición, 2009, encontró que para disminuir el consumo de alimentos poco saludables (alimentos chatarra) en los escolares, las principales barreras percibidas a nivel de la I.E.S fueron la alta disponibilidad de alimentos poco saludables y los insuficientes conocimientos de los profesores, y en el hogar fue la preferencia de las madres por realizar lo más práctico, reflejándose en el envío de propina y en la compra de alimentos poco saludables, una de las profesoras manifestó: “...la madre aquí en la zona pues ve lo más fácil (con fastidio), agarra en comprar lo que es comida chatarra, o en darle su propina...” (G.F, profesora 5º A).

Las estrategias realizadas por los profesores para disminuir el consumo de alimentos fue supervisar las loncheras de los niños y dialogar con las madres de familia. Las estrategias propuestas por los actores involucrados

fueron restringir la venta de alimentos poco saludables en el kiosco escolar y mejorar el trabajo en equipo entre madre y profesor.

3) Beneficios de un Kiosco Escolar Saludable

Un kiosco escolar saludable nos brinda los siguientes beneficios:

- Promueve el consumo de alimentos saludables y nutritivos.
- Fomenta la toma de conciencia de una adecuada alimentación.
- Brinda una alternativa saludable dentro de las instituciones educativas.
- Posiciona y aumenta la demanda de productos naturales, nutritivos y saludables.
- Mejora los hábitos alimenticios.

4) Base Legal

Ley de Inocuidad de los Alimentos: Decreto Legislativo N° 1062.

Ley General de Salud: Ley N° 26842.

Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas: Decreto Supremo N° 007-98-Sa.

Ordenanza sobre Sistema metropolitano de Supervisión y Control de alimentos y bebidas de consumo humano: Ordenanza 550.

Ordenanza sobre obligatoriedad de portar Carné de Salud: Ordenanza 141.

Ley Orgánica de Municipalidades: Ley N° 27972.

Norma Sanitaria para el Funcionamiento de Restaurantes y servicios afines: Resolución Municipal N° 363-2005/MINSA.

Ordenanza N° 1568: Ordenanza que establece el nuevo régimen municipal que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas, alcohol metílico y bebidas adulteradas.

B. Cómo lograr tener un kiosco saludable y que aspectos hay que tener en cuenta al implementarlo

1) Principios básicos de un Kiosco Escolar Saludable

Tómese en cuenta las siguientes características o consejos en relación al desarrollo de un kiosco saludable, pues son aspectos relevantes para que el trabajo llegue a un buen puerto y se mantenga en el tiempo.

- i. Todo kiosco saludable deberá promover la alimentación sana y balanceada, mediante el expendio de productos nutritivos e inocuos, que incluyan frutas, verduras, bebidas naturales, snacks saludables y preparaciones balanceadas.
- ii. Los productos expendidos deberán contar con registro sanitario, etiquetado correspondiente y dentro de la fecha de vencimiento.
- iii. Los productos nutritivos que se expendan deberán contar con un lugar preferencial en su exhibición, de modo que se difunda e impulse su consumo y sus beneficios.
- iv. Los productos nutritivos se exhibirán en estantes y/o vitrinas dispuestas de tal forma que se garantice la protección de los mismos (se incluirán cámaras de frío para los alimentos que lo requieran).
- v. Las frutas expendidas deberán ser variadas, frescas, en buen estado, previamente lavadas, y empaquetada individualmente (las que lo requieran).
- vi. Los kioscos saludables deberán dar a la venta bebidas alternativas bajas en azúcar como los refrescos naturales.

Se deberán expender “snacks saludables” que incluyan alimentos autóctonos como kiwicha, quinua, cañihua, frutos secos, entre otros.

viii. Los sándwiches se deberán vender sin complementos con alto contenido de calorías (papas fritas, cremas y similares); para lo cual se proporcionarán alternativas saludables.

ix. Los sándwich deberán incluir entre sus ingredientes porciones generosas de verduras frescas, previamente lavadas y en condiciones inocuas.

2) Alimentos para la oferta en un Kiosco Escolar Saludable

A continuación se presentan ejemplos saludables que deben ser incorporados a la oferta de productos expendidos por los kioscos escolares. Se deberá incorporar por lo menos una de cada grupo:

- Refrescos naturales (Limonada, piña, maracuyá, manzana, emoliente, etc.)
- Cocimiento de cereales (avena, quinua, cebada, etc.)
- Lácteos (yogurt, leche chocolatada, etc.)
- Infusiones (manzanilla, anís, boldo, etc., excepto té)
- Pan con pollo
- Cereales envasados bajos en azúcar (hojuelas de maíz, trigo atómico, etc.)
- Frutos secos (maní, pasas, pecanas, almendras, etc.)
- Bolitas de kiwicha, maca, etc
- Productos ricos en fibra: Palitos de ajonjolí, granola, etc.
- Maíz tostado, pop corn, habas tostadas.
- Ensalada de frutas
- Frutas enteras o deshidratadas
- Pan con tortilla
- Pan con aceitunas

- Pan con queso fresco
- Papa con huevo
- Pan con palta
- Papa con huevo
- Pan con aceitunas
- Pan con queso fresco
- Pan con sangrecita (relleno)
- Choclo con queso
- Pan con tortilla

2.2.11. Loncheras Saludables

A. Lonchera saludable: definición y beneficios

1) Definición

Es un conjunto de alimentos que tiene por finalidad proveer a los alumnos de la energía y nutrientes necesarios para: cubrir sus recomendaciones nutricionales, mantener adecuados niveles de desempeño físico e intelectual y desarrollar sus potencialidades en la etapa de desarrollo y crecimiento correspondiente.

La lonchera escolar constituye una comida adicional a las tres comidas principales, por lo consiguiente no es un reemplazo de las mismas. Contiene del 10 al 15% del valor calórico total de los alimentos ingeridos en el día, lo que se traduce en unas 150 a 350 Kcal (dependiendo de la edad, peso, talla y actividad física); y puede suministrarse a media mañana o media tarde dependiendo de la jornada escolar.

2) Antecedentes

A nivel internacional, podemos citar que en New York, “Wellness in theSchool” (2005) nace como una propuesta para la difusión de una

alimentación balanceada y actividad física en los colegios públicos de la zona.

En Singapur (2004), la educación nutricional en clase, combinada con la oferta de bebidas y alimentos sanos en el medio escolar y un especial seguimiento de los alumnos que ya padecían sobrepeso u obesidad, se tradujo en un notable descenso del número de estudiantes obesos.

A nivel Nacional el MINSA (2006) Lanza un Proyecto de Refrigerios y loncheras saludables dentro del marco del Modelo de abordaje de promoción de la Salud. Así también a través del CENAN, elabora la “Discolonchera escolar”(2010), material que propone la elaboración de tres tipos de lonchera para la costa, sierra y selva, según sea la región donde viven los escolares.

A nivel local, también podemos citar otras investigaciones realizadas sobre el tema en mención:

Lissett Requena Raygada, en Lima, el 2006, realiza un estudio sobre “Conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la IEI N°524 Nuestra Señora de la Esperanza en Octubre del 2005”. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal y la muestra estuvo conformada por 150 madres de los niños de 2 a 5 años 11 meses y sus niños.

Por su parte, Omar Canales Huapaya, en Lima (2009), realiza su tesis en torno al tema Efectividad de la sesión educativa "Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas" en el incremento de conocimientos de madres de preescolares en la Institución Educativa San José - El Agustino. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método cuasi experimental. Se encuentra que el nivel de conocimientos antes de la sesión educativa en su mayoría es bajo y que el incremento de los conocimientos de las madres de niños preescolares sobre las loncheras nutritivas en la institución educativa es alto producto de la sesión educativa propuesta.

3) Beneficios de una Lonchera Saludable

Una lonchera saludable nos brinda los siguientes beneficios:

- Establece adecuados hábitos alimenticios.
- Fomenta la toma de conciencia de una alimentación saludable.
- Proporciona nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento.
- Promueve el consumo de alimentos saludables y nutritivos desde la niñez.

B. Cómo lograr tener una lonchera saludable y qué aspectos tener presente al hacerlo

1) Principios básicos de una Lonchera Saludable

Una lonchera saludable es aquella que contiene alimentos que aportan los nutrientes necesarios y que no suponen riesgos para la salud.

Composición

Desde el punto de vista nutricional estará integrada por alimentos energéticos, constructores y reguladores; además de líquidos.

Alimentos energéticos: Aportan la energía que los niños necesitan. Consideramos dentro de este grupo a los carbohidratos y grasas en general. Haciendo la salvedad de la importancia de los carbohidratos complejos constituidos por la fibra. Ejm: pan (blanco, integral), hojuelas de maíz, avena, maíz, etc. En cuanto a las grasas: maní, pecanas, palta, aceitunas, etc.

Alimentos constructores: Ayudan a la formación de tejidos (músculos, órganos, masa ósea) y fluidos (sangre). En este grupo encontramos a las proteínas de origen animal y vegetal, pero daremos mayor énfasis al consumo de proteínas de origen animal, por su mejor calidad nutricional y

mejor utilización en el organismo en crecimiento .Ejm: derivados lácteos (yogurt, queso), huevo, carnes, etc.

Alimentos reguladores: Proporcionan las defensas que los niños necesitan para enfrentar las enfermedades. Ejm: Frutas (naranja, manzana, pera, etc.) y verduras (zanahoria, lechuga, brócoli, etc.)

Líquidos: Se deberá incluir agua o toda preparación natural como los refrescos de frutas (refresco de manzana, de piña, de maracuyá, limonada, naranjada, etc.), cocimiento de cereales (cebada, avena, quinua, etc.), infusiones (manzanilla, anís, etc., excepto té); adicionando poco o nada de azúcar.

Inocuidad

Todos los alimentos deberán de ser manipulados con el mayor cuidado para que éstos no se constituyan como agentes contaminantes. Del mismo modo, es importante tener en cuenta los envases a utilizar ya que los utilizados deberán ser los más apropiados para no deteriorar el alimento durante el transcurso del horario escolar.

Practicidad

La preparación de los alimentos debe ser rápida y sencilla, a modo de que podamos asegurarnos que son colocados en condiciones óptimas en la lonchera. Por su parte, los envases deben ser herméticos e higiénicos garantizando que sean fáciles de portar por los niños.

Variedad

Uno de los métodos más efectivos para promover el consumo de alimentos saludables y nutritivos es la creatividad y variedad en las presentaciones enviadas, tanto en colores, como texturas y combinaciones. Por ello, la lonchera debe ser planificada con tiempo para tener todos los alimentos adecuados a nuestro alcance y lograr enviar una lonchera saludable.

Idoneidad

La lonchera debe ser pensada y elaborada según la edad del niño, su grado de actividad y el tiempo que éste permanece fuera de casa, así tenemos que:

Preescolares (2 a 5 años): La energía aportada por este refrigerio será de aproximadamente 200 kcal. (Ej: medio pan con queso, mango en trozos y refresco de maracuyá).

*En cuanto a las frutas lo ideal es que sean enviadas en trozos, manteniendo su cáscara y con unas gotas de limón para evitar que se oxiden y cambien a un color oscuro.

Alimentos que debe contener una Lonchera Saludable

I. Alimentos Recomendados

Toda lonchera escolar debe contener un alimento de cada grupo (energético, constructor y regulador); es muy importante saber combinar cada uno de los alimentos para que la lonchera resulte atractiva y sea consumida en su totalidad.

* Tener en cuenta el tamaño de la porción de cada alimento, según la edad y nivel de actividad física del escolar.

Energéticos:

- Pan blanco
- Pan integral
- Papa, camote, yuca
- Choclo sancochado
- Maíz tostado
- Frutos secos
- Palitos de ajonjolí

Constructores:

- Huevo o tortillas
- Queso fresco
- Yogurt
- Pollo
- Pescado cocido
- Atún
- Sangrecita

Reguladores:

Manzana, plátano, pera, mango, uvas, duraznos, piña, etc.

Lechuga, tomate, pepino, zanahoria, etc.

Primaria (6 – 11 años): La energía aportada por este refrigerio será de aproximadamente 250 kcal. (Ej: un pan con pollo, piña en trozos y emoliente).

*En esta etapa los niños empiezan a hacer deporte, por lo que es necesario que consuman mucho líquido para evitar la deshidratación. Evitar las bebidas azucaradas y artificiales.

Secundaria (12 – 17 años): La energía aportada por este refrigerio será de aproximadamente 300 kcal. (Ej: un pan con palta, una mandarina, un plátano y refresco de manzana)

*En esta etapa los adolescentes están en un proceso continuo de crecimiento por lo que es de suma importancia que no omitan comidas importantes como el desayuno y el almuerzo a parte de su refrigerio.

Alimentos no recomendados

1. Alimentos chatarra

Caramelos, chupetines, chicles, grageas, gomitas, estos no aportan ningún valor nutricional, sólo aportan cantidades elevadas de azúcares y grasa.

2. Bebidas artificiales

Como gaseosas y jugos artificiales, debido a que contienen colorantes y azúcares, que causan alergias y favorecen la obesidad en los niños.

3. Alimentos con salsa

Como mayonesa o alimentos muy condimentados, debido a que ayudan a la descomposición del alimento.

4. Embutidos

Como hot dog, salchichas, mortadelas, ya que contienen mucha grasa y colorante artificial.

2.2.12. Importancia del refrigerio escolar

Para que el niño tenga el rendimiento académico esperado necesita de un desayuno suficiente y adecuado, ya que una persona con hambre tiene dificultad para concentrarse, tiende a ser lenta y a desarrollar menor actividad física, de la misma manera, su ritmo de crecimiento se ve alterado; para completar éste se debe tener un alimento pequeño entre el desayuno y la comida que sirva para mantenerse alerta, apto y obtener un mayor rendimiento.

Por lo tanto, las recomendaciones para preparar refrigerios escolares son las siguientes:

- Tanto el desayuno como el refrigerio son importantes, el segundo no supe al primero.

- El número de refrigerios debe ser variado cada día, así se evita el aburrimiento y rechazo por parte del niño.
- Debe ser planeado, de acuerdo con sus gustos y preferencias, considerando siempre lo saludable.
- Preparar platillos diferentes para las celebraciones, de esta forma los niños se familiarizarán con su herencia cultural.
- Promover el consumo de alimentos regionales.
- La preparación casera de los refrigerios escolares, considerando los aspectos de la región, clima y temporada es más barata en comparación con los alimentos industrializados, ya que estos últimos son caros y con un menor aporte de nutrimentos.
- Restringir los dulces, chiclosos, pastelillos industrializados, bebidas gaseosas y azucaradas, así como botanas saladas comerciales.
- Es conveniente contar con una lista de 12 a 16 alimentos, que beneficien a la vez la salud del niño y la economía familiar (lista de refrigerios).

Es importante considerar que el niño come lo que encuentra a su alcance, por lo que si le colocamos dulces y platillos industrializados, eso es lo que comerá, por lo tanto, se sugiere la exposición de alimentos sanos, preparados higiénicamente y agradables a sus sentidos.

· Se debe considerar que el niño se encuentra en una etapa importante de desarrollo, en la que los sentidos juegan un papel fundamental, por ejemplo, el sentido de la vista se utiliza para la aceptación de nuevos alimentos; con respecto al sentido del gusto, el niño tiene preferencia por los sabores sencillos y poco condimentados. Por lo tanto, se sugiere preparar platillos sencillos, sin mezclar muchos sabores pero llenos de color para que el niño se interese en saborearlos.

Es importante que el docente fomente en los padres de familia variar los alimentos y proporcionar la cantidad que su hijo consuma, combinar los

refrigerios puede ser una opción para que el preescolar no presente aburrimiento, por ejemplo: medio sándwich de pollo con lechuga y jitomate, y una tuna, ensalada de verduras con pollo deshebrado (sin crema o mayonesa) con galletas saladas en una ocasión y en la próxima con totopos o en sándwich, de tal forma que sea diferente la presentación, tratando de evitar la repetición del alimento en por lo menos dos semanas. Para seleccionar el refrigerio es importante considerar los alimentos de temporada, la región, el clima y las preferencias del niño.

2.2.13. Requerimientos nutricionales del escolar

El cuidado de la alimentación de los niños, en cuanto a calidad y cantidad debe ser un asunto primordial, éstas afectan el crecimiento, desarrollo y calidad de vida del individuo; si en la edad escolar se forman hábitos de alimentación correctos, en la edad adulta se verán reflejados al encontrarse plenamente sanos. Por lo que es importante, hacer hincapié en la prevención y promoción de la salud de cada individuo para solucionar el problema de la malnutrición, sea desnutrición u obesidad, por lo tanto, el cuidado deberá ser constante y obligatorio.

El período que va de los seis a los diez u once años de edad se considera edad escolar; cuyo evento central es el ingreso a la escuela. A esta edad el niño cambia el ambiente cotidiano, dejando fuera a las personas que hasta entonces forman parte de su familia y de su mundo. Con su ingreso a la escuela el niño amplía más su contacto con la sociedad y se inserta en el estudio, mismo que a partir de ese momento se establece como actividad fundamental de la etapa. El niño se enfrenta a un ambiente nuevo, donde debe aprender de sus profesores y lograr la aceptación de un grupo, ya que es precisamente en la escuela donde aprenderá y adquirirá las herramientas que le ayudarán a desenvolverse en el mundo adulto.

Durante esta etapa el escolar presenta un aumento de peso y estatura, sus cambios corporales se llevan a cabo de manera gradual y constante, se almacena energía para ocuparla en el segundo brote de crecimiento variando de manera significativa sus índices de desarrollo; por ejemplo, las niñas van teniendo mayores incrementos que los hombres en el peso y la estatura conforme aumenta la edad; ocurre un brote de crecimiento entre los seis y nueve años, que se debe a un aumento de grasa y a los once años se presenta la velocidad máxima de crecimiento en ellas; por otro lado, en los varones el almacenamiento de grasa se da entre los siete y doce años y la velocidad máxima de crecimiento ocurre alrededor de los trece años.

De acuerdo a las características del crecimiento y desarrollo del niño en etapa escolar se deriva la importancia de cubrir con los requerimientos nutricionales, logrando así una imagen corporal aceptable. Las recomendaciones de nutrimentos se deben utilizar como una guía para diseñar un menú equilibrado acorde con las necesidades del niño.

En la etapa escolar las recomendaciones energéticas varían entre 50 y 80 kcal por kilogramo de peso; es decir, deberá consumir entre 1 600 y 2 250 kilocalorías al día respectivamente. Por ejemplo, un niño de seis años requiere 84 kilocalorías por cada kilogramo de peso; si el niño pesa 20 kilogramos requiere 1 640 kilocalorías al día. Como se observa en la tabla III conforme aumenta la edad disminuye el requerimiento de energía por kilogramo, a los seis años requiere aproximadamente 84 kilocalorías y alrededor de los 11 o 12 requiere 50 kilocalorías por kilogramo de peso.

Edad	Aporte energético
6	84
7	80

8	74
9	68
10	66
11	50
12	50

Cabe mencionar que las necesidades de energía varían de un niño a otro, de acuerdo con su propio ritmo de crecimiento, actividad física y tamaño corporal. Para la edad escolar de seis a 12 años de edad es de 1 600 a 2 000 kilocalorías al día. De acuerdo con esta recomendación energética para niños escolares, se sugiere considerar un consumo promedio de 1 800 kilocalorías al día.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Nutrición:** Es principalmente el aprovechamiento de los nutrientes,¹ manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macrosistémico.

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.

- **Desnutrición:** Es una afección que ocurre cuando su cuerpo no recibe los nutrientes suficientes.
- **Conocimiento:** es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general

- Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional.

2.4.2 Hipótesis específica

- Existe relación entre las prácticas de las madres sobre el contenido de la lonchera y el estado nutricional del escolar.

2.5 VARIABLES

2.5.2 Definición conceptual de la variable

Conocimiento de la madre: Es toda información que posee la madre en relación a los alimentos que debe contener la lonchera (constructores: proteínas, energéticos: carbohidratos, reguladores: Vitamina). El cual será obtenido mediante la aplicación de un cuestionario y valorado en conocimiento alto, medio y bajo.

Estado nutricional del preescolar: Es el resultado que se obtiene de la evaluación peso y talla en escolares de 6 a 10 años, 11 meses, utilizando una balanza y un tallímetro. La evaluación nutricional se realizará según los puntos de corte para la clasificación de Waterloo (utilizando los indicadores peso-talla y talla-edad).

2.5.2. Operalización de la variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera del escolar.	Proceso mental por la que las madres adquieren ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre el contenido de la lonchera, la cual debe contener alimentos ricos en carbohidrato, proteína y vitaminas, siendo ésta el complemento de los alimentos porque aportan carbohidratos, proteínas y vitaminas suficientes para reponer las energías gastadas y favorecer el crecimiento.		Constructores Proteínas Energéticos: Carbohidratos Reguladores: Vitaminas	Importancia. Tipo de alimentos. Forma de preparación. Frecuencia. Cantidad. Importancia. Tipo de alimentos. Forma de preparación. Frecuencia. Cantidad. Importancia. Tipo de alimentos. Forma de preparación Frecuencia Cantidad

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Estado nutricional del escolar	<p>Es la condición que refleja la disponibilidad de nutrientes del organismo a nivel celular.</p> <p>Depende de la calidad y cantidad de los nutrientes que se ingiere, se evidencia mediante la toma de las medidas del peso, talla y edad.</p>		<p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>Edad</p>	<p>Normal</p> <p>Desnutrición</p> <p>Aguda:</p> <p>Desnutrición</p> <p>Crónica:</p> <p>D.C Reagudi</p> <p>D.C Obeso</p> <p>Obeso</p>

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptivo: Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso nivel de conocimiento sobre el contenido de la lonchera escolar y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 11 años en la I.E. Perú Rey San Martín de Porres – 2013

De Diseño Correlacional:

El diseño adecuado para esta investigación es correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et al (2005) ³⁸

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en la Institución Educativa PERU REY, ubicado en San Martín de Porres.

La Directora de la Institución Educativa es Erika Melendes CruzJavier, cuenta con una población de supera los 100 niños en el nivel primario turno de mañana

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: la población de estudio estuvo constituido por 100 madres de familia de la Institución Educativa PERU REY.

Muestra: estuvo conformada por las 100 madres de familia de la Institución Educativa PERU REY.

Criterios de Inclusión

- Niños cuyas edades oscilan entre 6 a 11 años de edad.
- Niños que asisten regularmente a su centro de estudios.
- Madres que hablen castellano
- Madres que acepten participar en el trabajo de investigación.

Criterios de Exclusión

- Niños con problemas de fracturas, luxaciones en miembros inferiores.
- Madre que no hable castellano.
- Madres que no completan la encuesta.
- Otro familiar: Tío, abuelo, etc.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la técnica de la encuesta.- para ello se elaboró un instrumento adecuado para obtener información necesaria para desarrollar la investigación.

El Instrumento para la presente investigación.- se utilizó una encuesta que tiene 30 ítems de opción múltiple. La aplicación del instrumento se realizó en el distrito de San Martín de Porres, durante el mes de Junio.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la validez del instrumento se elaboró un oficio de consistencia, el cuestionario y la hoja de validez a los siguientes expertos: 1 Doctor, 1 Magíster en docencia Universitaria, 5 Licenciados, todos ellos docentes de la universidad Alas Peruanas ver tabla N° 1 y 2. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de Alfa de Crombach. y se aplicará la prueba binomial para medir la validez y confiabilidad del instrumento.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

En la investigación los datos fueron adquiridos mediante la aplicación del instrumento, fueron procesados por computadora en el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS 18 donde se utilizó ítems dentro del programa para medir las variables como son media, moda, desviación típica; y así llegar al análisis del problema planteado y verificar si existe o no un adecuado conocimiento estadísticamente significativo o no significativo en el manejo dietético que brindan las madres y su relación con el estado nutricional de los escolares del la I:E: PERU REY , durante los meses de mayo .

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL CONTENIDO DE LA
LONCHERA ESCOLAR EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E.
PERU REY SAN MARTIN DE PORRES 2013.**

Nivel de Conocimientos	Nº	%
ALTO	12	12%
MEDIO	64	64%
BAJO	24	24%
total	100	100%

FUENTE: *Resultados de aplicación del instrumento*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, el nivel de conocimientos de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar en niños de 6 a 11 años en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, del 100% (100 madres), es Medio en un 64%(64), Bajo en un 24%(24) y Alto en un 12%(12).

TABLA 2

**ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. PERU REY,
SAN MARTIN DE PORRES 2013.**

ESTADO NUTRICIONAL	Nº	%
NORMAL	52	52%
OBESIDAD	6	6%
SOBREPESO	18	18%
DELGADEZ	24	24%
TOTAL	100	100%

FUENTE: *Resultados de aplicación del instrumento*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, el estado nutricional de los niños de 6 a 11 años en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, el 52%(52) es Normal, Delgadez en un 24%(24), Sobrepeso en un 18%(18) y Obesidad en un 6%(6).

TABLA 3
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL CONTENIDO DE LA
LONCHERA ESCOLAR Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 A 11
AÑOS EN LA I.E. PERU REY, SAN MARTIN DE PORRES 2013.

Estado Nutricional	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	9	9%	35	35%	8	8%	52	52%
OBESIDAD	1	1%	3	3%	2	2%	6	6%
SOBREPESO	1	1%	7	7%	10	10%	18	18%
DELGADEZ	1	1%	19	19%	4	4%	24	24%
TOTAL	12	12%	64	64%	24	24%	100	100%

FUENTE: Resultados de aplicación del instrumento

Según los resultados presentados en la Tabla 3, el nivel de conocimientos Medio de las madres tienen niños de 6 a 11 años con estado nutricional Normal en un 35%(35) en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, las madres con nivel Medio de conocimientos tienen niños de 6 a 9 años con estado nutricional de delgadez en un 19%(19), las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen niños con sobrepeso en un 10%(10) y las que tienen un nivel de conocimiento Alto tienen niños con estado nutricional Normal en un 9%(9). Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables: Conocimientos de las madres y Estado nutricional de los niños.

PRUEBA DE HIPOTESIS

H1: Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional.

H1: No existe relación entre el conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Conocimientos	Estado Nutricional
Conocimientos	Correlación de Pearson	1	,937**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Estado Nutricional	Correlación de Pearson	,937**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 4, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,937, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Conocimientos y estado nutricional, con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional.

CAPITULO V: DISCUSION

El nivel de conocimientos de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar en niños de 6 a 11 años en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, del 100% (100 madres), es Medio en un 64%(64), Bajo en un 24%(24) y Alto en un 12%(12). Coincidiendo con Requena R. Lissett I. (2004) Los resultados fueron que del 100% (150) de madres, 38% (57) tienen conocimiento medio; 36% (54) bajo y 26% (49) alto. En cuanto a las prácticas 76.7% (115) tiene prácticas inadecuadas y 23.3% (35) adecuadas. En cuanto al Estado Nutricional 49.3% (74) son normales; 50.7% (76) tienen problemas nutricionales. Las conclusiones fueron que el mayor porcentaje de madres poseen conocimiento de medio a bajo relacionado a que desconocen la importancia de la lonchera, los alimentos reguladores, los alimentos que favorecen la absorción de los demás y la bebida que se debe enviar a los niños en la lonchera. La mayoría de madres tiene prácticas inadecuadas en cuanto al contenido de la lonchera, encontrándose que la mayoría de las madres envían a sus hijos galletas, infusiones, leche, pan con pollo y mayonesa. En cuanto al estado nutricional, predominan los preescolares con problemas nutricionales. Coincidiendo además con Flores R. Janet L. (2006) Los resultados fueron que el 89% (40) de las madres poseen un nivel de conocimientos de medio a bajo acerca de la adecuada alimentación del pre-escolar. En lo que respecta al nivel económico el 84% (38) presenta un nivel medio bajo a bajo. En cuanto al estado nutricional el 36% (16) tienen desnutrición crónica y desnutrición global.

La conclusión fue que la mayoría de las madres tienen conocimiento de medio a bajo, son de nivel económico de medio bajo a bajo y el estado nutricional es de desnutrición crónica y desnutrición global. Al establecer relación mediante la prueba de chi cuadrado se rechaza la hipótesis es decir que no hay relación entre conocimientos y estado nutricional, ni el nivel económico y estado nutricional.

El estado nutricional de los niños de 6 a 11 años en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, el 52%(52) es Normal, Delgadez en un 24%(24), Sobrepeso en un 18%(18) y Obesidad en un 6%(6). Coincidiendo con Bado P. Ricardo y cols (2005) Resultados: se realizaron 319 encuestas a madres de niños menores de tres años seleccionados al azar. El 29,1% de los niños tenían peso/edad (P/E) menor de -2 desviaciones estándar (DE), 4,1% con peso/talla (P/T) menor a -2DE y 52% con talla/edad (T/E) menor a -2DE. Las madres apreciaron correctamente la desnutrición (P/E <-2DE) en un 39%, y normalidad (P/E >-2DE) en un 76% ($p=0,037$). Las apreciaciones en T/E y P/T no fueron significativas. Respecto al P/E, el análisis multivariado mostró que de las madres que consideraron desnutrición, un 59,5% acertaron en los varones y 27,8% en mujeres ($p=0,014$), de las cuales el 65,6% pertenecían a organizaciones comunales de apoyo social; quienes no, fallaron en un 80% ($p=0,006$). Las madres que vivían a menos de una hora de distancia del Centro de Salud (CS) y que consideraron a sus niños como no desnutridos acertaron en un 92,3%, mientras las que vivían a mayor distancia lo hicieron en un 73,3% ($p=0,005$). No se encontraron diferencias significativas con el nivel socioeconómico nicon el analfabetismo. Conclusión: el 61% de las madres no percibieron la desnutrición infantil, particularmente en niñas. Las madres que pertenecían a organizaciones comunales dieron la categorización más aproximada, la cercanía al CS influye más en la percepción acertada de normalidad. En esta zona las intervenciones en desnutrición infantil, deben incluir a las organizaciones comunales. Los programas tipo desviación positiva pueden ser una opción acertada - El 61% de las madres no perciben la desnutrición infantil, particularmente en niñas. La categorización acertada la dieron mayormente las madres vinculadas con las organizaciones comunales,

mientras que la cercanía al establecimiento de salud influye más en la percepción acertada de normalidad. El nivel de alfabetismo y el status económico, no influyeron en la percepción acertada o no del estado nutricional. En la zona estudiada las intervenciones en desnutrición infantil, deben incluir a las organizaciones comunales, programas tipo desviación positiva pueden ser una opción acertada. Dada la mayor capacidad para percibir los niños eutróficos, los mensajes deberían orientarse hacia a duda de la madre acerca de la desnutrición de sus niños, a fin de que puedan acudir oportunamente a los servicios de salud, estos mensajes deberán mantenerse en estrecha coordinación con las organizaciones sociales de base de las comunidades dado el acceso más eficiente. Coincidiendo además con John P. Kevany (2011) problemas de desnutrición del niño en Latinoamérica- En esta exposición se ha tratado de enfocarlos problemas de la nutrición en América Latina, en el contexto del medio en que ocurren. Algunos de los factores ambientales son fenómenos naturales, otros implican la falta de recursos económicos, y otros más reflejan limitaciones técnicas y administrativas. Muchos de ellos son problemas generales que afectan a toda la población de las regiones en vías de desarrollo, y no cabe esperar que se solucionen inmediatamente ni que sean superados tan ~610 con mejorar las condiciones de nutrición de los habitantes. Sin embargo, la nutrición, quizá más que otras necesidades humanas, parece incorporar elementos de todos los problemas característicos de lo que hoy se conoce como desarrollo insuficiente o sub desarrollo. Por lo tanto, es difícil concebir una técnica sencilla para hacer frente a los problemas de la nutrición. Nuestra tarea consiste en planificar y realizar un programa multifacético de nutrición, poniendo en juego todos los recursos disponibles, ya sean nacionales o supranacionales. Si a esta labor se le asigna un lugar preferente en el orden de relación, de ella pueden emanar la dirección necesaria y los objetivos comunes que impulsen a organismos nacionales, bilaterales o inter-nacionales a emprender en forma sistemática, bien planeada y coherente el logro de un mayor bienestar para la población del Hemisferio.

El nivel de conocimientos Medio de las madres tienen niños de 6 a 11 años con estado nutricional Normal en un 35%(35) en la IE. Perú Rey-San Martín de

Porres, las madres con nivel Medio de conocimientos tienen niños de 6 a 9 años con estado nutricional de delgadez en un 19%(19), las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen niños con sobrepeso en un 10%(10) y las que tienen un nivel de conocimiento Alto tienen niños con estado nutricional Normal en un 9%(9). Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables: Conocimientos de las madres y Estado nutricional de los niños. El valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,937, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Coincidiendo con Daza Carlos H. (1997) Al intentar la exploración de estas interrelaciones, se puede asumir que la función cognoscitiva del escolar y su rendimiento intelectual, están influidos por su historia nutricional y el ambiente psicosocial y familiar que enmarca su crecimiento y desarrollo. Investigaciones neurofarmacológicas han revelado cambios duraderos, aunque no permanentes, en la función neural receptora del cerebro, como resultado de un episodio temprano de malnutrición energético-proteica. Estos hallazgos indican que funciones cognoscitivas alteradas por la desnutrición, pueden estar más en relación con respuestas emocionales a situaciones de estrés, que a déficits cognoscitivos per se. Se espera que esta revisión sea útil a educadores y personal de salud, tanto en la prestación de servicios como en la realización de estudios sobre el tema. Coincidiendo además con Calderón, Edna R. (2020) Los principales resultados obtenidos a través de estas técnicas cualitativas se complementaron con una encuesta de frecuencia de uso de alimentos permitiendo una apreciación más aproximada y completa de la situación. Los resultados mostraron que, en el mercado donde se abastece la comunidad se identificaron alrededor de 30 alimentos fuente de vitamina A y de hierro. A partir de los datos de la frecuencia de uso de alimentos se obtuvo un patrón alimentario del grupo estudiado. De acuerdo con este patrón, los alimentos más frecuentemente consumidos (más de cuatro veces por semana) son las tortillas, el pan y el café, seguido en menor porcentaje por otros alimentos que son escasa fuente de vitamina A y hierro. Los alimentos que se consumen de una a tres veces por semana son más variados, incluyendo fuentes de vitamina A y hierro.

CONCLUSIONES

- ✚ El nivel de conocimientos de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar en niños de 6 a 11 años en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, del 100% (100 madres), es Medio en un 64%(64), Bajo en un 24%(24) y Alto en un 12%(12).
- ✚ El estado nutricional de los niños de 6 a 11 años en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, el 52%(52) es Normal, Delgadez en un 24%(24), Sobrepeso en un 18%(18) y Obesidad en un 6%(6).
- ✚ El nivel de conocimientos Medio de las madres tienen niños de 6 a 11 años con estado nutricional Normal en un 35%(35) en la IE. Perú Rey-San Martín de Porres, las madres con nivel Medio de conocimientos tienen niños de 6 a 9 años con estado nutricional de delgadez en un 19%(19), las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen niños con sobrepeso en un 10%(10) y las que tienen un nivel de conocimiento Alto tienen niños con estado nutricional Normal en un 9%(9). Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables: Conocimientos de las madres y Estado nutricional de los niños. El valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,937, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

RECOMENDACIONES

- ✚ Que las enfermeras del primer nivel de atención estén en coordinación con las autoridades de la Institución educativa correspondiente para que en conjunto se desarrolle un programa educativo para las madres de familia y mejorar el estado nutricional de los niños de 6 a 11 años.
- ✚ El establecimiento de salud perteneciente a la jurisdicción, realice evaluaciones del peso, talla y obtener el IMC para determinar de manera oportuna el estado nutricional de los niños de 6 a 11 años.
- ✚ Que la Escuela de Enfermería de la UAP, continúe incentivando en los estudiantes la investigación a nivel de la comunidad, teniendo como prioridad la promoción y prevención de la salud.
- ✚ Las instituciones involucradas desarrollen programas de difusión como campañas, charlas y capacitaciones al personal calificado sobre la lonchera escolar, que estos contengan alimentos: Constructores, Proteínas, Energéticos: Carbohidratos, Reguladores y vitaminas.
- ✚ La autoridad de la institución educativa, en coordinación con el personal encargado del kiosco escolar, ofrezcan productos nutritivos e influyan de manera positiva en la nutrición de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apolinario, Juana “Conocimientos y Prácticas que tienen las madres acerca de la alimentación y su relación con el estado nutricional en los escolares del C.E Mateo Pumacahua del distrito de Surco Abril – Mayo 1995”. En Tesis para optar el título de enfermera. Lima-Perú.UNMSM.2003
2. Evaluación Nutricional en una población preescolar en el puesto de salud Fernando Luyo – Villa El Salvador en Julio del 2003”. En Tesis para optar el título de enfermera. Lima-Perú. UNMSM.2003
3. Conocimientos actuales sobre nutrición. 6ta Ed. 1991
4. Fundamentos de Nutrición. 3era Ed. México
5. Manual de Nutrición clínica. 3era Ed.
6. Recomendaciones nutricionales em la infância- Jano
7. Manual de refrigerios – Estado de Mexico
8. Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Hábitos para la Evaluación de Proyectos de Educación Nutricional en escolares – CESNI
9. Ley de promoción de la alimentacion saludable para niños , niñas y adolescente – Gobierno del Peru
10. Manual del kiosco y lonchera saludable – Municipalidade de miraflores
11. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/InfNutrCrDess.html>
12. <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/bicce/v1n0202/04.htm>
13. <http://www.tupediatra.com/temas/tema171.htm>

ANEXOS

ANEXO Nº 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

TÍTULO: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN LA I.E. PERU REY, SAN MARTIN DE PORRES - 2013"

AUTOR: YASHTMY ZULY RUIZ PAREDES

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y su relación con el estado nutricional en la I.E. PERU REY San Martin de Porres- 2013?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar en niños de 6 A 11 años en la I.E. PERU REY San Martin de Porres 2013?</p> <p>2. ¿Cuál es el</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutrición ❖ Lonchera saludable ❖ Obesidad ❖ Desnutrición 	<p>H1: Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional en la I.E PERU REY - 2013.</p>	<p>Nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar.</p> <p>Estado nutricional del escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Constructores ❖ Proteínas ❖ Energéticos: ❖ Carbohidratos ❖ Reguladores: ❖ Vitaminas ❖ Peso ❖ Talla ❖ Edad

<p>estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013?</p> <p>3.¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013?</p>	<p>Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar en niños de 6 A 11 años en la I.E. PERU REY San Martin de Porres 2013.</p> <p>2. Establecer el estado nutricional de niños de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013.</p> <p>3.Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera escolar y el estado nutricional de niños</p>				
--	---	--	--	--	--

	de 6 a 11 años en la I.E. PERU REY, San Martin de Porres 2013				
--	---	--	--	--	--

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

COLEGIO: I.E. PERU REY
AULA: 1RO
FECHA: 30-05-2013

N°	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PESO	TALLA	ESTADO NUTRICIONAL
1	CHIMOY GOMEZ DANAY GRISEL	10-12-2006	6	21	121	NORMAL
2	CHIPAYO TREJO ANGEL HERNAN	07-07-2006	6	33	123	OBESIDAD
3	COLAN LOAYZA JOHAO	13-02-2007	6	18	110	NORMAL
4	DE LA FLOR HUANCA HELIDA ISABEL	11-04-2007	6	20	116	NORMAL
5	DIEGO NAVARRO JOAQUIN FABRIZIO	05-06-2006	6	18	114	NORMAL
6	ESPIRITU CASTILLO ALLISON BRECIA	07-03-2007	6	20	118	NORMAL
7	GAMBOA ESPINAL SEBASTIAN	27-07-2006	6	21	117	NORMAL
8	GARCIA MATOS YEREMI SEBASTIAN	25-01-2007	6	18	114	RIESGO DE DELGADEZ
9	GUILLEN GARAY KIMBERLY SOFIA	02-07-2006	6	18	116	RIESGO DE DELGADEZ
10	MIRANDA CAMPOS CAMILA ABIGAIL	01-04-2007	6	31	129	SOBREPESO
11	MUÑOZ CALDERON CESAR ROMAN	05-05-2007	6	20	114	NORMAL
12	PASTRANA GAMARRA ALESSIA NICOLE	16-07-2007	5	22	112	SOBREPESO
13	RAMIREZ ZEGARRA ADRIANO ANTHONY	15-12-2006	6	20	114	NORMAL

14	SALAS VARGAS EMILY	05-07-2007	5	16	113	DELGADEZ
15	SANCHEZ QUISPE MAURICIO JOSUE GENARO	13-02-2007	6	27	124	SOBREPESO
16	SANTA CRUZ CABEZAS LUCIANA REBECA	06-03-2007	6	16	110	DELGADEZ
17	VARGAS VARGAS ARON SEBASTIAN	27.07.2006	6	24	126	NORMAL
18						
19						
20						
21						
22						

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

COLEGIO: I.E. PERU REY

AULA: 2DO

FECHA: 30-05-2013

N°	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PESO	TALLA	ESTADO NUTRICIONAL
1	ALVARES PAUCAR LUCIANA MARI	16-06-2006	6	22	115	NORMAL
2	ARRIETA REYES ZAMYRA MARTA	15-08-2005	7	29	133	NORMAL
3	BALLENA GOMES ASHLEY FRANSHESCA	20-09-2005	7	30	125	SOBREPESO
4	BARDON MANRIQUE FRANSUA	15-02-2006	7	20	115	NORMAL
5	CANTORIN SANCHEZ WILTON JHOAO	15-01-2006	7	36	125	OBESIDAD
6	CASTILLO GARCIA ZIGGY SHARIF	14-03-2005	8	36	127	OBESIDAD
7	CHAVEZ JANAMPA OLIVER JESHUA	-----	----- --	-----	-----	-----
8	CORDOVA RAMIREZ ARIANA	12-05-2006	7	25	121	NORMAL
9	CORREA NANCAY SHANTAL	22.08.2006	6	25	122	NORMAL
10	FERNANDEZ QUISPE YADHIRA PAOLA	11-02-2006	7	25	121	NORMAL
11	MASIAS MACHACA ARIEL ESTANISLAO	21-03-2006	7	25	123	NORMAL

12	MONCADA BORDA FABIANO JOAO	02-08-2006	6	33	129	OBESIDAD
13	PURI OLIVA MEANY YAMILE	04-06-2006	6	34	131	SOBREPESO
14	QUISPE SILVA DIEGO FABRICIO	23-02-2006	7	35	123	OBESIDAD
15	RODRIGUEZ FERIA ADRIANA BELEN	20-12-2005	7	23	120	NORMAL
16	ROJAS SARRIA YURIDA ELIZABETH	05-09-2005	7	21	116	NORMAL
17	SOLIS SEMINARIO ARYANNA JULIET	21-10-2005	7	35	131	OBESIDAD
18	VEGA CASTRO JOEL	09-03-2006	7	29	125	SOBREPESO
19	VENEGAS VERGARA VICTORIA MACKENSI	29-05-2006	7	23	122	NORMAL
20						
21						
22						

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

COLEGIO: I.E.PERU REY

AULA: 3RO

FECHA: 30-05-2013

N°	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDA D	PES O	TALL A	ESTADO NUTRICIONAL
1	BAHAMONDE MAMANI ROMINA	27-04-2005	8	39	134	OBESIDAD
2	CALDERON CUEVA KIMBERLY PALOMA	30-01-2005	8	34	133	SOBREPESO
3	CHERO NAPAN PIERINA	25-09-2004	8	27	124	NORMAL
4	CORDOVA RAMIREZ JUSTIN JESUS	16-06-2004	7	27	127	NORMAL
5	DOMNGUEZ CARAZAS ALMENDRA	05-09-2004	7	36	124	OBESIDAD
6	HOYOS RODRIGUEZ HUGO JUAN DE DIOS	11-01-2005	8	30	128	SOBREPESO
7	LINARES CALDERON ADRIANO RICARDO	19-05-2005	8	37	134	OBESIDAD
8	LOECHLE ENRIQUEZ DAPHNE TERESA	23-10-2004	8	28	128	NORMAL
9	MACHADO VALVERDE ERICK ANDRE	----- -	----- -	---	---	-----
10	NINAQUISPE GALVEZ JADE SANMY	-----	----	---	---	-----
11	OTOYA MUCHA ALLISON CAMILA	02-09-2004	8	25	132	NORMAL
12	PERALDO BRAVO XIMENA	11-07-2004	8	34	127	OBESIDAD
13	PEREZ MUSAYON WILMER YOHAN	21-05-2004	8	44	143	OBESIDAD
14	REIS CAMPOS PORTOCARRERO	16-05-2004	8	28	125	NORMAL

	FABIO MARCELO					
15	REVOREDO JOHN JHONMAYCOL A.	23-04-2005	8	31	122	OBESIDAD
16	RIOS SOLIS RONALDO JOEL	-----	-----	----	----	-----
17	RIVERA SAN DONA JOSHUA ANTHONY	03-06-2004	8	31	130	NORMAL
18	SALAZAR PARRA JENNIFER TATIANA	23-05-2004	8	27	130	NORMAL
19	SEMINARIO GARCIA MELANI ARIANA	23-12-2004	8	26	129	NORMAL
20	TOCRE PINEDA KARIN EYADIRA	31-01-2005	8	36	135	SOBREPESO
21	VENEGAS VERGARA ANGEL GERARD	03-08-2004	8	40	135	OBESIDAD
22	ZAMUDIO ACOSTA FABRIZZIA NEDELKA	27-03-2005	8	25	128	NORMAL
23	DIAZ MARROU ANDREA	23-04-2005	8	24	127	NORMAL

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

COLEGIO: I.E. PERU REY

AULA: 4TO

FECHA: 30-05-2013

N°	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDA D	PES O	TALL A	ESTADO NUTRICIONAL
1	BAYLON BARUA RENATO FARIT	18-04-2004	9	32	139	NORMAL
2	BORDA SEGURA FABRIZZIO GABRIEL	12-05-2004	9	36	131	OBESIDAD
3	CAVERO PINEDA CAMILA PATRICIA	08-10-2003	9	30	130	NORMAL
4	CHUMPITAZ GUERRERO WILLIAMS	04-10-2003	9	55	136	OBESIDAD
5	COCK HUAMAN KIMBERLY	28-03-2004	9	49	132	OBESIDAD
6	COLAN LOAYZA LIA	25-09-2003	9	24	128	NORMAL
7	CONTRERAS PISCOYA ALONDRA	----	---	--	---	-----
8	GALARZA ARELLANO MARCOS	----	---	--	---	-----
9	HUARANGA VEGA ANTUANET	03-01-2004	9	41	134	OBESIDAD
10	INGA CARBAJAL DILAN NAHUM	01-04-2004	9	32	134	NORMAL
11	JOHN FERNANDEZ ALVARO	0312-2003	9	42	133	OBESIDAD

	YSHIRO					
12	LUQUE LOPEZ TATIANA	20-07-2004	8	44	135	OBESIDAD
13	MISES FERNANDEZ JOHANA	28-09-2003	9	27	131	NORMAL
14	ORBE ARBOLEDA SILVANA JENNIFER	18-11-2002	10	46	142	SOBREPESO
15	PACHECO ALVARADO ERNESTO	05-10-2002	10	32	135	NORMAL
16	SILVERA GAMARRA CINTHIA	14-06-2004	8	32	135	NORMAL
17	DIAZ MARROU VALERIA	21-03-2004	9	24	126	NORMAL
18	BARDON FASABI MARIO	02-08-2003	9	41	143	SOBREPESO
19						
20						

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

COLEGIO: I.E.PERU REY
AULA: 5TO
FECHA: 30-05-2013

N°	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDA D	PES O	TALL A	ESTADO NUTRICIONAL
1	ALAYO OLIVARES HAYRO ALEXANDER	-----	---	---	---	-----
2	ADBAD ALFARO BAYRON SEBASTIAN	05-02-2003	10	38	137	SOBREPESO
3	ALVARADO SANTA MARIA ALEXIA	10-05-2003	10	35	146	NORMAL
4	ALVAREZ PAUCAR LAURA XIMENA	19-09-2002	10	31	133	NORMAL
5	ARYA VALIENTE MELANY SABRINA	05-02-2003	10	41	148	NORMAL
6	ARRATIA GIL JAIR ANDERSON	19-07-2003	10	25	127	NORMAL
7	BENAVENTE VERGARA JUAN DAVID	18-09-2003	10	40	141	SOBREPESO
8	CABRERA ALVARADO JUAN DIEGO	24-01-2003	10	30	138	NORMAL
9	CANGAHUALA DOMINGUEZ MIGUEL	13-04-2003	10	45	135	OBESIDAD
10	CENTERO CARBAL SHARON DAYANNE	30-04-2003	10	31	135	NORMAL
11	CARBAJAL ORMAECHE GABRIELA	19-08-2003	9	27	133	NORMAL

12	FLORES ALTEZ GIANELLA VALERIA	14-04-2003	10	55	146	OBESIDAD
13	LA ROSA ARRIAGA JOSE JUNIOR	18-08-2002	10	29	138	NORMAL
14	LUJAN CAMPOZ LUIS ALFREDO	05-07-2003	9	40	141	SOBREPESO
15	SOTO QUISPE MARIANA	20-09-2002	10	24	126	NORMAL
16	TORRES AMPUERO MILAGROS	05-04-2003	10	42	149	NORMAL
17	PERALDO MORALES KEVIN	12-02-2003	10	40	138	SOBREPESO
18	PEREZ PLASCENCIA SEBASTIAN LORENZO	14-07-2003	9	35	138	NORMAL
19	POLO CLAVIJO PRISCILA YAILE	21-06-2003	9	26	133	NORMAL
20	ROJAS PAUCAR JUAN SEBASTIAN	07-12-2002	10	29	136	NORMAL
21	YPANAQUE TARMA JULIO	18-01-2002	10	44	147	SOBREPESO
22	ZARATE MARIN ANGELA DEL CIELO	06-06-2003	9	44	141	SOBREPESO

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

COLEGIO: I.E.PERU REY
AULA: 6TO
FECHA: 30-05-2013

N°	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	EDA D	PES O	TALL A	ESTADO NUTRICIONAL
1	ALVAN FACHIN ARIANA	01-06-2002	11	61	156	OBESIDAD
2	CARRION FERIA GIAN PIERRE	30-01-2002	11	73	158	OBESIDAD
3	CASTILLO BACA JHONEL ABRAHAM	02-03-2002	11	35	142	NORMAL
4	CHACALIAZA CUYAN SEBASTIAN	09-02-2001	12	78	163	OBESIDAD
5	CHERO NAPAN HELLEN YSABEL	12-05-2002	11	44	138	SOBREPESO
6	DIVIZZIA FRANCO RICHAD	-----	---	---	---	----
7	GOLZALES VALDERRAMA TAMARA	06-05-2001	12	44	148	NORMAL
8	LUJAN CAMPOS ADRIANA	25-01-2002	11	43	152	NORMAL
9	MIRANDA CAMPOS LUCIANO	10-08-2001	11	55	146	OBESIDAD
10	MONTENEGRO VEGA LUIS	10.04-2001	12	75	169	OBESIDAD
11	MUÑOZ CALDERON NIKOL	-----	---	---	---	----
12	PACHECO CAMACHO ESTEFANIA	31-08-2001	12	44	150	NORMAL

13	QUIROZ LOPEZ DIEGO	18-01-2002	11	40	146	NORMAL
14	RIVERA BECERRA ROLANDO	11-02-2002	11	48	150	SOBREPESO
15	SARAVIA TRUJILLO VALERY	16-10-2002	11	31	129	NORMAL
16	SILVA ALARCON BRAYAN	19-02-2002	11	51	143	OBESIDAD
17	TORIBIO TORIBIO LADY	30-06-2002	10	39	147	NORMAL
18	VEGA LOPEZ MAURICIO	29-09-2002	10	33	146	NORMAL
19	ZEVALLOS BOLAÑOS MICHELLE	31-03-2002	11	46	154	NORMAL
20	ANYONA PORTUGAL NAJIB	10-08-2002	11	44	152	NORMAL
21						
22						

Cuestionario

Introducción:

Buenos días señora, en coordinación con la Institución Educativa PERU REY estamos realizando un estudio sobre la información que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera del escolar. Por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener información veraz y poder orientarlos o formular estrategias que permitan mejorar el estado nutricional de sus niños. Agradezco anticipadamente su participación.

MARCAR CON UN ASPA LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS

Datos Generales:

Edad de la madre

- a) 16 – 20 ()
- b) 21 – 25 ()
- c) 26 – 30 ()
- d) 31 – 35 ()

Grado de instrucción:

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Superior o técnico

Lugar de procedencia:

- a) Costa () Departamento _____
- b) Sierra () Departamento _____
- c) Selva () Departamento _____

Número de hijos:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- e) Más de 3

Ocupación:

- a) Dependiente
- b) Independiente
- c) Ama de casa

Datos Específicos:

CONOCIMIENTOS:

1¿Cómo es la alimentación que usted como madre brinda a su hijo/a?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Pobre
- e) Muy pobre

2. La Lonchera es un conjunto de alimentos que ayudan al niño/a:

- a) Recuperar energías
- b) Calmar el hambre
- c) Motivar al niño
- d) Proteger al organismo
- e) Desarrollar al niño

3. De las alternativas siguientes marque cuales son los alimentos que puede incluir una buena lonchera:

- a) Refresco de naranja, galletas y pan
- b) Gaseosa, galleta y manzana
- c) Refresco de naranja, pan con mantequilla y plátano
- d) Gaseosa, naranja y pan
- e) Frugos, galletas y manzana

4. Los dos alimentos que dan MÁS ENERGÍA, al niño son:

- a) Plátano y zanahoria
- b) Carne y pollo
- c) Manzana y mango
- d) Papa y pan
- e) Pescado y lentejas

5. Los dos alimentos que ayudan al crecimiento del niño son:

- a) naranja y mango
- b) Pollo y lentejas
- c) Zanahoria y betarraga
- d) Olluco y papa
- e) Yuca y camote

6. Los alimentos que favorecen la absorción de otros alimentos en el organismo son:

- a) Papa y camote
- b) Pan y mantequilla
- c) Carne y pescado
- d) Leche y queso
- e) Naranja y zanahoria

7. La bebida que se debe enviar a los niños en la lonchera es:

- a) Gaseosa
- b) Leche
- c) Refresco de frutas
- d) Agua
- e) Infusiones (manzanilla, anís, etc.)

8. ¿Cuál de estos alimentos es el que su hijo come frecuentemente?

- a) Granos
- b) Verduras
- c) Frutas
- d) Productos lácteos y carnes
- e) Todas las anteriores

9. Los líquidos son importantes para los niños, porque les ayudan a:

- a) Favorecer la digestión

- b) Reponer los líquidos perdidos durante sus actividades
- c) Favorecen la eliminación de orina
- d) Dar más actividad
- e) Prevenir infecciones

10. Las limonadas o naranjadas se deben preparar con agua:

- a) Hervida fría
- b) Hervida tibia
- c) Hervida caliente
- d) Sin hervir
- e) Helada

11. Cuando a su niño le prepara pan con carne/pollo/camote/mantequilla, la bebida que debe llevar es:

- a) Gaseosa
- b) Refresco de frutas
- c) bebida rehidratante
- d) Infusiones
- e) Leche

12. Los alimentos importantes que debe incluir una lonchera son:

- a) frutas
- b) verduras
- c) lácteos
- d) carnes
- e) Todas las anteriores

13. ¿Cuántas veces a la semana lleva lonchera su niño?

- a) No lleva lonchera (Compra en el colegio)
- b) 1 vez a la semana
- c) 2 veces a la semana
- d) 3 veces a la semana
- e) todos los días de la semana

14. ¿Quién prepara la lonchera de su niño?

- a) Papá y Mamá
- b) Solo mamá
- c) Solo papá
- d) Abuela
- d) Otros: Especifique _____

15. ¿Cuántas veces a la semana come su niño comida rápida(chatarra)?

- a) 1 vez a la semana
- b) 2 veces a la semana
- c) 3 veces a la semana
- d) Todos los días
- e) No come comida rápida

16. ¿Lleva a su niño/a para que le realicen el control del niño sano?

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez al año
- c) 2 veces al año
- d) 3 veces al año
- e) No lo lleva

17. ¿Dónde le han realizado la mayoría de esos controles?

- a) Centro de Salud (Público)
- b) Hospital (Público)
- c) Establecimiento de Obra Social
- d) Establecimiento privado
- e) Otro, especificar _____

18. ¿Dónde obtiene frecuentemente el agua que utiliza para dar de beber al niño/a?

- a) Agua de red dentro de la vivienda
- b) Canilla fuera de la vivienda
- c) Agua de perforación
- d) Agua embotellada
- e) Otros especifique _____

19. ¿Qué tratamiento le da al agua para beber?

- a) Ninguno
- b) La filtra
- c) La hierva
- d) Le agrega cloro
- e) Otro especifique _____

20. ¿Cuántos vasos de agua toma su niño diariamente?

- a) 1 vaso
- b) 2 vasos
- c) 3 vasos
- d) 4 vasos
- e) más de cinco vasos al día

21. ¿Cuántas veces a la semana come su niño carne de res?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 4 veces
- e) No come

22. ¿Cuántas veces a la semana come su niño pescado?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 4 veces
- e) No come

23. ¿Cuántas veces a la semana come verduras (lechuga , espinacas , brócoli, zanahoria , tomate , acelga , etc.)

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 4 veces
- e) No come

24. ¿Cuántas veces a la semana come fruta su niño?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 4 veces

e) No come

25. ¿Cuántas veces a la semana come menestras su niño?

a) 1 vez

b) 2 veces

c) 3 veces

d) 4 veces

e) No come

26. ¿Cuántas veces a la semana toma gaseosa su niño?

a) 1 vez

b) 2 veces

c) 3 veces

d) 4 veces

e) No toma

27. ¿Sabe que enfermedades se producen por una mala alimentación?

a) Anemia

b) Desnutrición

c) Retraso en el crecimiento

d) Reducción del coeficiente intelectual

e) Todas las anteriores

28. ¿Sabe usted que alimentos contienen proteínas?

a) pollo, carne, pescado

b) papa

c) arroz

d) sangrecita

e) a y d

29. De los siguientes grupos de alimentos ¿De cuales su niño debe comer menos numero de porciones al día?

a) Derivados de lácteos (queso, yogurt, leche)

b) Verduras y frutas

c) Carne

d) Pescados

e) Aceites, grasas y dulces

30. ¿Cuál es la comida más importante del día?

a) Desayuno

b) Aperitivo

c) Almuerzo

d) Cena

e) Ninguno