

CONDUCTAS NUTRICIONALES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD Y EL
SOBREPESO QUE ADOPTAN LOS ESCOLARES DE TERCERO A QUINTO DE
PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO MANZANERA
HENRIQUEZ SEDE JORGE ELIECER GAITAN GIRARDOT 2015-2016

Investigadores:

Maricela Fernanda Alayòn Esquivel

COD. 330210101

Luisa Fernanda Díaz Díaz

COD. 330211107

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÌA
GIRARDOT

2016

CONDUCTAS NUTRICIONALES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD Y EL
SOBREPESO QUE ADOPTAN LOS ESCOLARES DE TERCERO A QUINTO DE
PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO MANZANERA
HENRIQUEZ SEDE JORGE ELIECER GAITAN GIRARDOT 2015-2016

Investigadores:

Maricela Fernanda Alayòn Esquivel

COD. 330210101

Luisa Fernanda Díaz Díaz

COD. 330211107

Trabajo de Grado

Asesora

Shirley Yohana Buitrago

Especialista en pedagogía de la UNAD

Aspirante a maestría Universidad de la Sabana

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

GIRARDOT

2016

2016

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÒN	10
1. OBJETIVOS	12
1.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.3 PROBLEMA.....	13
1.3.1 ANALISIS DEL PROBLEMA	15
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.4.1 ESTADO DEL ARTE	17
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	29
1.6 MARCO REFERENCIAL.....	33
1.6.1 MARCO CONCEPTUAL.....	33
1.7 MARCO INSTITUCIONAL	37
1.8 MARCO LEGAL	47
1.9 MARCO ETICO.....	56
1.10 MARCO TEÓRICO	64
1.11 DISEÑO METODOLÒGICO.....	68
1.12 OPERACIONALIZACIÒN DE VARIABLES.....	70
1.13 RECOLECCIÒN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÒN	75
1.14 CONCLUSIONES	101
1.15 RECOMENDACIONES.....	104
1.16 BIBLIOGRAFIA	105

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables	70
--	----

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Estado nutricional.....	76
Grafica 2. ¿Qué tipos de alimentos ofrece el restaurante escolar?	77
Grafica 3. ¿En que se fija usted a la hora de escoger los alimentos en la cafetería?	78
Grafica 4. ¿Qué alimentos les ofrece la cafetería?	79
Grafica 5. ¿Con que frecuencia consume los alimentos seleccionados en la cafetería?.....	81
Grafica 6. ¿Leva lonchera al colegio?.....	82
Grafica 7. ¿Los alimentos que le dan en la lonchera los cambia con otros compañeros?	83
Grafica 8. ¿Frecuentemente que alimentos contiene la lonchera?	84
Grafica 9. La educación que recibe por parte del colegio está orientada a:	85
Grafica 10. ¿Qué alimentos preparan con mayor frecuencia en su casa?	86
Grafica 11. La preparación de los alimentos en su casa	87
Grafica 12. ¿Qué alimentos consume en el desayuno con mayor frecuencia?	88
Grafica 13. ¿Qué alimentos consume en el almuerzo con mayor frecuencia?	89
Grafica 14. ¿Qué alimentos consume en la cena con mayor frecuencia?	90
Grafica 15. ¿Algún integrante de la familia le ha hablado acerca de los buenos hábitos alimenticios?.....	91
Grafica 16. ¿Quién le habla de los hábitos alimenticios?	92
Grafica 17. ¿Quién prepara los alimentos en su hogar?.....	93
Grafica 18. ¿Qué alimentos son de su gusto?	94
Grafica 19. ¿Consume medias nueves?.....	96
Grafica 20. ¿Normalmente que alimentos consumes de medias nueves u onces?	97
Grafica 21. ¿Conque frecuencia consume golosinas o dulces?	98
Grafica 22. ¿Con que frecuencia consume comida chatarra como perros calientes o hamburguesas?.....	94

TABLA DE IMAGENES

Ilustración 1: Complicaciones de la obesidad	24
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento informado	115
ANEXO B. Consentimiento de realizacion de trabajo de grado en la institucion.....	117
ANEXO C. Indice de masa corporaL.....	119
ANEXO D. Encuesta.....	121

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil y juvenil es uno de los principales problemas sanitarios de los países desarrollados, constituyendo una de las enfermedades con mayor prevalencia en los países desarrollados y además sigue aumentando de forma alarmante sobre todo durante las dos últimas décadas. Es un problema de Salud Pública cuyo control pasa necesariamente por la prevención. La obesidad y el sobrepeso infantil y juvenil se han definido como predictores válidos de la obesidad adulta, así el ritmo de crecimiento y los fenómenos madurativos que ocurren en la adolescencia afectan al tamaño, la forma y composición corporal por lo que la nutrición juega un papel determinante en estas edades.

El estudio de las conductas de autocuidado asociadas a la nutrición en escolares puede constituir un aporte a la prevención de la mal-nutrición por exceso; problema multifactorial que no puede ser tratado con métodos convencionales. En la actualidad se consideran los aspectos sociales, genéticos y familiares como los factores predisponentes más relevantes sobre las conductas alimentarias de la población infantil.

En los últimos años se observa un aumento significativo del sobrepeso y de la obesidad infantil; en la actualidad es considerado por la OMS la epidemia del siglo. La transición nutricional, constituye un riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas, influida fuertemente por los cambios en los hábitos de alimentación de la población, en los que gravitan la producción y comercialización de alimentos¹

¹ *Ministerio de Salud: Obesidad en Chile, Un Problema de Salud Pública. En Cumbre de Nutrición y Salud. Chile 2013. Boletín Resultados Cumbre Nutrición y Salud (pdf)*

Dada la dificultad para lograr cambios de conducta en esta área, ya que es baja la proporción de tratamientos de obesidad efectivos y la mayoría de ellos no perduran en el tiempo, para abordar este problema, el énfasis debe situarse en la promoción de estilos de vida saludable y la prevención.

Disponer de instrumentos que ayuden a diagnosticar las conductas de autocuidado asociadas a la nutrición adquiere hoy día relevancia; el diseño de intervenciones en función de este diagnóstico de conductas, potencialmente, puede contribuir a detener el aumento de la malnutrición por exceso en la población escolar.²

En la presente investigación se analizan las conductas asociadas a la nutrición referidas por los 183 niños de 3º a 5º de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliecer Gaitán ; para las conductas seleccionadas, se analizan las respuestas obtenidas, según el estado nutricional. Continúa una línea de investigación en el estudio de las prácticas de autocuidado en escolares utilizando el instrumento creado basados en el que desarrollo Moore.

² Chile. Los efectos de un programa de educación nutricional en las prácticas de la nutrición de autocuidado de las adolescentes nicaragüenses y las prácticas de atención dependientes de la nutrición de sus madres. *Tomada en el 2012* Moore JB, Pawloski LR, Rodríguez C, Baghi H, Lumbi L, Zamora L:

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las conductas nutricionales relacionadas con la obesidad y el sobrepeso que adoptan los escolares de tercero a quinto de primaria de la institución educativa francisco manzanera Henríquez sede Jorge Eliécer Gaitán de Girardot, para promover estrategias que fomenten estilos de vida saludable.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar los hábitos nutricionales y alimentarios de los escolares, por medio de la aplicación de la encuesta.
- ❖ Evaluar el estado nutricional de los escolares mediante el Índice de Masa Corporal y la utilización de las escalas de desviación.
- ❖ Determinar la proporción de escolares con obesidad y sobrepeso
- ❖ Establecer estrategias que orienten el mejoramiento de los patrones alimentarios de los escolares.

1.3 PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.³

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.⁴

Cifras de la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (Ensin 2010), muestran que uno de cada seis niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad. Dicha medición, además, arrojó que los departamentos con mayores prevalencias son, con 31,1%, San Andrés; con 22,4%, Guaviare, con 21,7%, Cauca, con 14,3% Tolima y con 11% Cundinamarca.⁵

Uno de los problemas detectados en Girardot es la obesidad que presentan los niños escolares, donde se desconoce cuál es el pensar y sentir de esta población y

³ OMS. Sobrepeso y obesidad infantiles. Tomada en el 2014. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

⁴ OMS. Datos y cifras sobre obesidad infantil. Tomada en el 2014. <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>

⁵ ENSIN. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Tomada en el 2010. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

su entorno, referente a los hábitos alimentarios de los escolares y sobre el estado nutricional que presentan; aspectos que deben ser considerados, ya que de la conducta alimentaria que adoptan los escolares se percibe su situación alimentaria y nutricional, y de esta realidad dependerán las estrategias para solucionar la problemática.

El estilo de vida que llevan las familias han hecho que los niños pasen la mayor parte del tiempo en las instituciones escolares o en un entorno fuera de la supervisión de un adulto, lo que influye en los malos hábitos de alimentación que adquieren los escolares, ya que la familia juega un papel decisivo, bien sea porque patrocina hábitos inadecuados en cuanto a alimentación y ejercicio, o como líder para promover el cambio que permita solucionar el problema; es así como se observa un alto nivel de obesidad infantil ya que existe inseguridad alimentaria presentando un inadecuado aprovechamiento de los alimentos a la hora de ser escogidos y seleccionados por el menor contribuyendo a un deterioro e inadecuada alimentación y por ende a una mala nutrición escolar.⁶

Los escolares tienen acceso a diferentes alimentos ofrecidos en la tienda escolar y hasta de las ventas ambulantes; los alimentos allí ofrecidos son de gran aceptación por la mayoría de los escolares en donde los grupos más consumidos son los dulces, productos empacados, gaseosas y un alto contenido de alimentos con grasa entre otros, es de entonces entender que no es solo una problemática de los niños escolares sino de la educación de sus padres de familia y docentes acerca de los alimentos saludables que deben consumir los niños durante su desarrollo escolar la

⁶ Obesidad, un problema que afecta a los niños. Tomada en el 2015. <https://www.portafolio.co/tendencias/obesidad-problema-afecta-niños-64404>

cual es una de las etapas más importantes y significativas para la comunidad infantil.⁷

1.3.1 ANALISIS DEL PROBLEMA

Por medio de la realización del trabajo de campo se evidencia que la sede Jorge Eliecer Gaitán de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez de Girardot, presenta un índice elevado de niños escolares de tercero a quinto de primaria, con sobrepeso u obesidad.

La realidad que se vive día a día en la institución, muestra la falta de sensibilidad y compromiso hacia los niños escolares, en cuanto a los alimentos ofrecidos tanto en el restaurante escolar como en la cafetería; lo que conlleva a malos hábitos alimentarios y por ende a un estado nutricional inadecuado.

Lo que más se resalta es el mal aprovechamiento por parte de la familia y de la institución educativa sobre las preferencias que tienen la mayoría de los niños escolares hacia las frutas, verduras y otros alimentos saludables; por ende se hace indispensable el establecimiento de pautas de alimentación saludable por parte de la familia y la institución educativa como parte esencial de las buenas conductas nutricionales que adquieren los niños en esta etapa de su crecimiento y desarrollo.

Analizando la problemática de nutrición que se está observando en el municipio de Girardot por medio de la búsqueda de artículos de investigación tanto en páginas de internet como en la biblioteca, y en la coincidencia de que las investigadoras

⁷ Chile. Estado nutricional y conductas asociadas al estado nutricional en escolares. Tomada en el 2010. Sonia Jaimovich, Cecilia Campos, María Sylvia Campos, Jean Moore, Lisa Pawloski, Kathleen Gafnney

querían trabajar con niños, se recurrió a la nutricionista de la secretaria de salud de la alcaldía del Municipio, quien facilitó la información del estado nutricional de los niños por medio de las cifras que arrojó el SISVAN y el ENSIN donde se obtuvo una lista de los 4 colegios con el porcentaje más alto de obesidad y sobrepeso infantil; posteriormente por medio de la observación directa de cada uno de estos colegios y mirando que el colegio que se iba a escoger debía tener tanto cafetería como restaurante escolar para que la investigación fuera mucho más completa, se escogió la Institución Educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliecer Gaitán, ya que cursa por esta problemática y además cumplía con los requisitos que la investigación necesitaba.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las conductas nutricionales relacionadas con la obesidad y el sobrepeso que adoptan los escolares de tercero a quinto de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede san Jorge Eliécer Gaitán de Girardot 2015-2016?

1.4.1 ESTADO DEL ARTE

La obesidad es el aumento de la masa adiposa lo cual implica que, para evaluarla, se requiere de mediciones que permitan estimarla objetivamente. La medición directa de la masa adiposa es literalmente imposible pues obligaría a separarla del resto del cuerpo para establecer su peso. Como alternativa, se han desarrollado diferentes métodos para estimarla; por ejemplo, los pliegues cutáneos, la bioimpedanciometría.

El IMC se expresa en unidades de kg/m^2 , hasta con un decimal. Antes de la edad adulta este índice presenta gran variabilidad con la edad, como se aprecia en la siguiente figura. En el niño, los valores límite del IMC saludable varían con la edad y el sexo.⁸ En el adulto, se considera como valores límite del IMC saludable 18,5 y 25,0; valores superiores a 30 son equiparables a obesidad y entre 25 y 30, a sobrepeso. En los niños y adolescentes el sobrepeso corresponde a un IMC entre 1 - 2. La obesidad corresponde a un IMC mayor a 2.

En la gran mayoría de los niños y adolescentes con obesidad (aproximadamente > 95%) ésta es de origen multicausal. Una mínima proporción es secundaria a

⁸ Ministerio de Salud. Evaluación de los estados nutricionales de niñas, niños y embarazados mediante antropometría. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2009.

síndromes genéticos u otras enfermedades. Hasta principios del siglo XX la obesidad era considerada consecuencia de la gula, la glotonería y el descontrol en las comidas, poniendo en el individuo la total y exclusiva responsabilidad por el problema. Además, el sobrepeso y la obesidad no mórbida eran considerados expresión de salud y adecuada posición social.⁹

Si bien la obesidad es la manifestación del balance energético positivo entre la ingesta y el gasto en el individuo, éste es el resultado de una muy compleja interacción entre lo biológico y lo social. A lo largo de la prolongada evolución de la especie humana, nuestro cuerpo ha desarrollado procesos de acumulación del excedente energético en forma de grasa que le permite sobrevivir en momentos de escasez de alimentos.¹⁰ Esta misma adaptación resulta contraproducente en ambientes donde la disponibilidad de alimentos y energía ya no es crítica. Esta disponibilidad relativamente alta de energía alimentaria contribuye al denominado ambiente obesogénico, con las siguientes características:

A nivel familiar: estilos de alimentación del niño muy permisivos o controladores; estilos de alimentación no saludables, con alto consumo de bebidas edulcoradas y alimentos con alto contenido de grasas, y bajo consumo de frutas y verduras; estilo de vida sedentaria con excesivo tiempo ante la TV y la PC a expensas de actividades deportivas, etc.

A nivel comunitario: alimentación escolar inapropiada en los comedores escolares o en los kioscos escolares; falta de actividad física suficiente; ausencia de educación

⁹ Barry CL, Brescoll VL, Brownell K, Schlesinger M. Obesity metaphors: ¿Cómo las creencias acerca de las causas de la obesidad afectan el apoyo a las políticas públicas. *Milbank Q* 2009

¹⁰ Montero J. Consideraciones acerca de la obesidad, la sobrealimentación humana y sus orígenes. En Uauy R, Carmuega E (editores): *Crecimiento saludable. Entre la desnutrición y la obesidad en el Cono Sur*. Buenos Aires: INTA, CESNI y Instituto Danone, 2012. Cap 12

alimentaria en las escuelas, abundante disponibilidad de alimentos para comer al paso; falta de facilidades para desarrollar actividades deportivas.

A nivel gubernamental: deficiente regulación de la publicidad de alimentos, particularmente la dirigida a niños; deficiente regulación de la producción y oferta de alimentos procesados, entre otros. En las últimas décadas, con la epidemia de obesidad instalada en los países en vías de desarrollo y la profundización del conocimiento acerca de la transición nutricional, es cada vez más evidente la importancia de este ambiente obesogénico como determinante de la obesidad.¹¹

Las transformaciones sociales, demográficas y económicas sufridas en las décadas recientes por países en vías de desarrollo como la Argentina se corresponden con un proceso conocido como “fenómeno de transición nutricional”. Este proceso se caracteriza por la disminución de la mortalidad infantil, la disminución en los indicadores de malnutrición aguda que, no obstante, coexisten con una mayor prevalencia de indicadores de malnutrición crónica (como anemia o baja talla), y una mayor prevalencia de la obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles (como diabetes o enfermedad cardiovascular).¹² En estos países, la malnutrición y la obesidad coexisten.

A continuación describiremos algunos fenómenos comunes a los países industrializados que durante las últimas décadas han contribuido al aumento de la prevalencia de obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles.

Problemas vinculados con una mayor accesibilidad a determinados alimentos:

¹¹ Kovalskys I, Corvalán C, Chamorro V, Casini V, Weisstaub G, Recalde A. Factores obesogénicos vinculados con el ambiente infantil. En Uauy R, Carmuega E (editores): Crecimiento saludable. Entre la desnutrición y la obesidad en el Cono Sur. Buenos Aires: INTA, CESNI y Instituto Danone, 2012. Cap 9

¹² Popkin B. Global nutrition dynamics: la dinámica global de nutrición: el mundo está cambiando rápidamente hacia una dieta vinculada con las enfermedades no transmisibles. Am J Clin Nutr 2006

- ❖ aumento de la oferta y variedad de los alimentos.
- ❖ mayor disponibilidad de alimentos a menor costo
- ❖ aumento de las grasas y de los hidratos de carbono en productos de bajo costo.
- ❖ aumento del tamaño de las porciones sin correlación con el costo.

Problemas vinculados con el estilo de vida:

- ❖ menor gasto energético a causa de la disminución en la exigencia de las condiciones generales de vida.
- ❖ reducción de la actividad física.
- ❖ aumento del sedentarismo.
- ❖ aumento de la cantidad de horas transcurridas frente a pantallas.

Problemas vinculados con cambios en el patrón alimentario:

- ❖ disminución en el número de comidas familiares.
- ❖ aumento en la cantidad de comidas que los niños o adolescentes hacen solos.
- ❖ aumento del consumo de alimentos envasados y comidas rápidas.
- ❖ caída de los patrones de consumo saludable.

Abundante evidencia epidemiológica señala la influencia de las condiciones de salud en los primeros estadios de la vida sobre el patrón de crecimiento, la

composición corporal y el riesgo posterior de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. El bajo peso al nacer se asocia con mayor riesgo de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y mortalidad en el adulto. Asimismo, el exceso de ganancia de peso durante el embarazo, la diabetes gestacional y la obesidad de la embarazada son factores de riesgo de obesidad del niño, produciendo incluso la transmisión transgeneracional del riesgo.¹³

El IMC presenta una primera elevación durante el primer año de vida (aunque el uso del IMC se recomienda después del primer año); luego se mantiene más o menos estable y entre los 5 y los 7 años presenta una segunda elevación llamada el rebote adipocitario. El rebote adipocitario temprano se asocia con mayor riesgo de obesidad y sugiere que sus determinantes están presentes desde temprano en el curso de vida.¹⁴

Cuanto más cerca de la edad adulta persista la obesidad, mayor es el riesgo de mantenerla más tarde durante la adultez, lo cual enfatiza la importancia de su prevención, detección y tratamiento en edades tempranas. El problema del sobrepeso y la obesidad en relación con la situación socioeconómica es diferente entre los niños y los adultos. Mientras que en los niños, a mejor situación socioeconómica la prevalencia de sobrepeso es mayor, en las mujeres adultas la relación es inversa; es decir, a peor situación socioeconómica es mayor la prevalencia de sobrepeso.

La OMS estima que, para 2010, 43 millones de niños menores de 5 años (de ellos, 35 millones en los países en vías de desarrollo y 4 millones en América Latina) presentaban sobrepeso u obesidad. La prevalencia mundial del sobrepeso y la

¹³ Uauy R, Kain J, Corvalán C. ¿Cómo pueden los orígenes de la salud y la Enfermedad contribuir a mejorar la salud en los países en desarrollo? *Am J Clin Nutr* 2011

¹⁴ Rolland-Cachera M, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. los principios de rebote de la adiposidad: causas y consecuencias de la obesidad en niños y adultos. *Int J Obes (Lond)* 2006

obesidad habría aumentado de 4,2% en 1990 a un 6,7% en 2010 (6,8% a 6,9% en América Latina).

La obesidad en América latina es, en gran medida, consecuencia del cambio de los hábitos alimentarios (aumento de frecuencia de consumo de alimentos con alta densidad energética y mayor tamaño de las porciones) y la reducción de la actividad física.¹⁵

El incremento de la obesidad en las últimas décadas está asociado tanto a la disminución del gasto energético como al aumento de la ingesta calórica, sin desconocer las interrelaciones entre lo biológico y lo sociocultural.

Desde la perspectiva del curso de la vida, la obesidad del adulto puede asociarse con sucesos tempranos en la vida. Así, por ejemplo, el bajo peso al nacer o el retraso del crecimiento intrauterino con una rápida ganancia de peso posnatal está asociado con obesidad futura.

La ventana de oportunidad de los primeros 1000 días (desde la concepción hasta los dos años de vida) ha sido claramente identificada con situaciones relacionadas con el capital humano, el desarrollo psicomotor, la escolaridad, la composición corporal, el riesgo de enfermedades crónicas y la mortalidad.

En los primeros dos años de vida, la rápida ganancia de peso produce más ganancia de masa magra que de masa grasa. Luego de los dos años y particularmente luego

¹⁵ Uauy R, Monteiro CA. El reto de mejorar la alimentación y nutrición en América Latina. Food Nutr Bull 2004

de los cuatro años, la rápida ganancia de peso se asocia con aumento de la masa grasa y riesgo de obesidad.¹⁶

La alimentación (producción, selección, preparación, conservación, combinación y consumo de alimentos) es un hecho de profundo arraigo cultural que ha ido, a su vez, moldeando las sociedades a través de la historia.¹⁷

Actualmente, la alta disponibilidad de alimentos procesados hipercalóricos, poco nutritivos, con alto contenido de grasas, azúcares y sal, unida a la agresiva promoción publicitaria –particularmente aquella dirigida a los niños– produce un alejamiento de la población respecto de las pautas propuestas por la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad física y Salud de la OMS.¹⁸

Los factores ambientales desempeñan un papel determinante en el aumento de la incidencia de obesidad, tanto en los países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. No obstante, algunas condiciones individuales se han asociado también a una mayor vulnerabilidad para desarrollar sobrepeso.

Si bien la ingesta calórica total en la infancia no se ha modificado sustancialmente, la composición de la misma ha variado a expensas de las calorías provenientes de las grasas y los azúcares simples.¹⁹ Si a esto se le suma la disminución de la actividad física, probablemente sean éstos los factores ambientales pasibles de

¹⁶ Victoria C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. Arch Argent Pediatr 2012

¹⁷ Aguirre P. Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie. En: Braguinsky J (compilador). Obesidad: Saberes y conflictos. Buenos Aires: ACINDES, 2007

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 57.17. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004

¹⁹ O'Donnell AM, Britos S, Clacheo R, Grippo B, Pueyrredon P, Pujato D et al. Disponibilidad de alimentos. En: Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2004

intervención, por medio de programas de prevención y tratamiento de la obesidad durante la infancia.

Sobre la base de este contexto epidemiológico, es que las intervenciones preventivas alcanzan un lugar preponderante; focalizándose en el manejo cotidiano de la alimentación, la actividad física y los hábitos de vida saludable en el microambiente familiar.²⁰

La obesidad es una entidad multifactorial en la cual intervienen factores sociales, económicos, culturales, genéticos, étnicos y medioambientales.

La obesidad incrementa el riesgo de diabetes tipo 2, de enfermedad cardiovascular, de dislipidemia, de hipertensión, de cálculos hepáticos y de algunos tipos de cáncer; y también acarrea importantes consecuencias psico-sociales. Cuanto más temprano se intervenga sobre sus determinantes, más efectivos serán los resultados.

Ilustración 1: Complicaciones de la obesidad

²⁰ Dattilo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Necesidad de principios de intervenciones en la prevención del sobrepeso pediátrico: una revisión y próximas direcciones. *J Obesity* 2012

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD



Psicosociales

Baja estima
Depresión
Desórdenes alimentarios
Menor calidad de vida

Pulmonares

Asma
Apnea del sueño
Síndrome de Pickwick
Intolerancia al ejercicio

Gastrointestinales

Paniculitis
Esteatohepatitis
Cálculos biliares
Fibrosis hepática
Riesgo de cirrosis
Riesgo de cáncer de colon

Renales

Glomerulosclerosis

Musculo-esqueléticas

Fractura de antebrazo
Enfermedad de Blount
Epifisiolisis femoral
Pie plano
Hernia de disco
Inestabilidad de rodillas
y tobillos

Neurológicas

Pseudomotor cerebral

Cardiovasculares

Dislipidemia
Hipertensión
Hipertrofia ventricular
izquierda
Coagulopatía
Inflamación crónica
Disfunción endotelial
Várices

Endócrinas

Diabetes tipo 2
Pubertad precoz
Síndrome de ovario
poliquístico (niñas)
Hipogonadismo (niños)
Ginecomastia
Menarca adelantada

Hernia

Incontinencia

Adaptado de: Ebbeling C., Pawlak D., Ludwig D. *Lancet* 2002. 360:473-82

Numerosos estudios han observado que la obesidad en la infancia se correlaciona con la presencia de obesidad en la adultez. La probabilidad de que un niño o adolescente llegue a ser, en el curso de su vida, un adulto con obesidad es mayor en las desviaciones altas de IMC y cuanto más cerca de la edad adulta se encuentre el niño o adolescente.²¹

Más de dos tercios de los niños y adolescentes que presentan sobrepeso entre los 10 y 14 años serán luego adultos con obesidad. Por ello, el sobrepeso/obesidad en la infancia es una variable predictiva de exceso de peso durante la adultez.²²

El importante incremento de la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes, las complicaciones del sobrepeso/obesidad para la salud y la mayor tendencia a continuar con sobrepeso u obesidad en la vida adulta hacen que la prevención de la obesidad sea la alternativa de elección y la estrategia de Nutrición Pública más eficaz para detener el avance de la epidemia. Durante los primeros años de vida del niño, la prevención podría ser más efectiva por ser un momento vital en el que resulta más fácil instalar hábitos saludables.²³

El agente de salud involucrado en la Atención Primaria es quien deberá estar capacitado en la detección de los factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso en los niños.

²¹ Guo S, Wu W, Chumlea W, Roche A. La predicción de sobrepeso y obesidad en la edad adulta de los valores del índice de masa corporal en la infancia y adolescencia. *Am J Clin Nutr* 2002

²² Popkin B, Adair L, Ng SW. La transición de la nutrición mundial: La pandemia de la obesidad en los países en desarrollo. *Nutr Rev* 2012

²³ Durán P, Caballero B, de Onis M. La asociación entre el retraso en el crecimiento y el sobrepeso en los niños en edad preescolar de América Latina y el Caribe- frijol. *Food Nutr Bull* 2006

Un estudio realizado sobre una población de 14.743 niños y adolescentes de 2 a 19 años afiliados a un hospital de comunidad mostró que, en la consulta pediátrica, la detección de sobrepeso y obesidad y la implementación de acciones para su abordaje son bajas.²⁴ De acuerdo con los registros de la historia clínica electrónica, del total de los que tenían sobrepeso, sólo el 5% lo tenían registrado como problema el 22% de los obesos y el 34% de los pacientes con grados de obesidad más severos. También se observó que cuando el pediatra detectó el problema realizó acciones para su abordaje, entre ellas la derivación al especialista en nutrición pediátrica en los pacientes más graves.

Sería óptimo que agentes de salud apoyaran con recursos y conocimientos el sostenimiento de la intervención desde otros sectores, aunque son los pediatras los que estarían más entrenados para reconocer:

- ❖ al niño sano.
- ❖ al niño en riesgo de desarrollar sobrepeso/obesidad.
- ❖ a las poblaciones de mayor riesgo.
- ❖ los factores ambientales barriales o comunitarios asociados con la salud dentro de su área de trabajo.

El objetivo de la aplicación de estrategias preventivas es aumentar la probabilidad de que el niño y la familia adhieran a un estilo de vida saludable en forma temprana, evitando así tratamientos costosos que incrementan el gasto económico familiar en salud (medicaciones, traslados más frecuentes, pérdida de días escolares, etc.).

²⁴ Setton D, Duran P, Otero P, Eymann A, Busaniche J, Llera J. Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes de 2 a 19 años en base a 3 criterios diferentes de clasificación y percepción del problema por los pediatras. Actas 35 Congreso Argentino de Pediatría, Rosario, 2009

Adicionalmente, se puede realizar una valoración y detección de manera temprana si se realiza la aplicación de los métodos básicos de valoración antropométrica y de pesquisa de actividad física y de hábitos cotidianos relacionados con la alimentación. Estas herramientas son:

- ❖ Registro antropométrico: valoración de peso, talla, diámetro de cintura, etc.
- ❖ Cálculo, graficación y desviación del Índice de Masa Corporal (IMC).
- ❖ Registro de hábitos de alimentación.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Estudios señalan que las influencias sociales, genéticas y de ambiente familiar compartido, tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil. En la actualidad es considerado por la OMS la epidemia del siglo, quien estimó que cada año mueren al menos 2,6 millones de personas a causa de esa enfermedad. Se resalta también el papel de los anuncios publicitarios y la escuela, en la adopción, o bien modificación de los hábitos alimentarios de los niños. Debido a que la gran exposición de los niños a los comerciales alimentarios han modificado los patrones de consumo de los niños originando con ello el aumento de la obesidad infantil.²⁵

La edad escolar se caracteriza por ser una etapa en la que se adquieren los hábitos que van a definir el estilo de vida del futuro adulto, es por ello que es pertinente implementar en esta etapa, cualquier acción que permita un crecimiento y desarrollo normal. Algún cambio desfavorable en el estilo de vida del niño, comprometerá su formación biológica, que de una u otra forma afectará su estado nutricional y por ende su salud actual y futura. La obesidad infantil puede ser un buen predictor de obesidad adulta y un factor de riesgo potencial para la salud.

En el 2010 se registraron 42 millones de niños con sobrepeso, (casi el equivalente de la población colombiana); de ellos, 35 millones viven en países en desarrollo. Estados Unidos encabeza la lista de los 10 países con mayor número de obesos, en la que aparecen también Brasil y México que en total acumulan la mitad del total de personas obesas en el mundo.

²⁵ OMS. OMS asegura que la obesidad ya es epidemia a nivel mundial. Tomada en el 2013. <http://www.docsalud.com/articulo/203/oms-asegura-que-la-obesidad-ya-es-epidemia-a-nivel-mundial>

Colombia atraviesa una delicada crisis nutricional. En cifras y según la más reciente Encuesta Nacional de Situación Nutricional – ENSIN, el 5% de los niños en Colombia sufre de obesidad y el 20% tiene sobrepeso. Tolima con 14,3%, Cundinamarca con 11%, Girardot con 8% la costa atlántica con el 7,5%, San Andrés con el 7,9% y el Valle con el 8,2% son las regiones con los índices más altos de obesidad infantil.²⁶

Uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad en Colombia; esta relación aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN y el nivel educativo de la madre. El exceso de peso es mayor en el área urbana 19,2% que en la rural 13,4%.²⁷

Los cundinamarqueses tienen también problemas de sobrepeso y obesidad. Es así que el 11% los niños entre los 10 y 17 años presentan sobrepeso, un poco mayor a la cifra del país que es del 10.3 %.²⁸

En el municipio de Girardot, en el año 2013 se notificaron 1015 escolares (menores de 6 a 11 años) los cuales presentaron la siguiente clasificación nutricional: 674 menores que representan el 66% se encuentran en el peso ideal, 106 menores que representan el 10% están en riesgo de delgadez, 21 menores que representan el 2% se encuentran en estado de delgadez, 142 menores que representa el 14% se

²⁶ ICBF, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (Ensin), tomada en el 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

²⁷ Asociación Colombiana de endocrinología. Obesidad infantil. Tomada en el 2010. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Obesidad%20infantil.pdf>

²⁸ Departamento de Cundinamarca. Análisis de la situación de salud del departamento de Cundinamarca. Tomada en el 2012. <http://www.cundinamarca.gov.co/wps/wcm/connect/d6a29064-e9d8-4efc-8b58-ed702deb2cc1/2.3+ANALISIS+DE+SITUACI%C3%93N+DE+SALUD.pdf?MOD=AJPERES>

encuentran en sobrepeso, y 72 menores que representan el 8% se hallan en obesidad.²⁹

En el año 2015, según el ENSIN se arrojaron los siguientes datos de estado nutricional del municipio de Girardot: Prevalencia de Desnutrición global en menores de cinco años: 3.8%, Prevalencia de Desnutrición crónica en menores de cinco años: 5.5%, Prevalencia de Desnutrición aguda en menores de cinco años: 6.9%, Prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años: 12.7%, Prevalencia de obesidad en menores de cinco años: 5.4%, Prevalencia de sobrepeso en Infancia: 15,4%, Prevalencia de obesidad en Infancia: 14%.

Frente a ésta situación se realiza esta investigación con el fin de dar a conocer las conductas que adoptan los escolares de tercero a quinto de primaria de la institución educativa francisco manzanera Henríquez sede san Jorge Eliécer Gaitán; para brindar educación a la familia, docentes y escolares acerca de los buenos hábitos alimenticios, la importancia de la realización de actividades físicas, para disminuir así los riesgos que afectan el buen estado de salud.

Los niños en edad escolar necesitan alimentarse bien a fin de desarrollarse adecuadamente, evitar las enfermedades, y tener energía para estudiar y estar físicamente activos. También necesitan conocimientos y habilidades para escoger opciones alimentarias correctas para mantenerse sanos a lo largo de sus vidas.

Los hijos aprenden e imitan los comportamientos que ven en casa. De hecho, los padres se convierten en los principales modelos a seguir para los más pequeños.

²⁹ ICBF, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (Ensin), tomada en el 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

Lo más frecuente es que si los padres llevan una alimentación saludable, los hijos también coman sano; si realizan ejercicio con regularidad y llevan una vida activa, los hijos también lo harán. Por ende se convierte en un factor determinante la educación que se les debe brindar a los padres sobre los buenos hábitos alimentarios.³⁰

La enfermera como parte del equipo de salud, puede aportar herramientas para lograr prevenir la obesidad infantil, a través de programas de promoción hablando acerca de los hábitos alimenticios adecuados y el estilo de vida que debe adquirir el estudiante escolar; ya que de la totalidad de niños encuestados el 28,1% presenta sobrepeso y el 14,6% presenta obesidad, y en la totalidad de las niñas encuestadas se encontró el 16,1% presenta sobrepeso y el 3,2% presenta obesidad. Se realizará la promoción de una alimentación saludable, enseñándoles a los niños desde pequeños una alimentación sana y equilibrada, por medio de actividades educativas (charlas a niños y padres de familia), folletos educativos).

³⁰ México. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Tomada en el 2012. Adriana Macías, Lucero Gordillo, Esteban Camacho.

1.6 MARCO REFERENCIAL

1.6.1 MARCO CONCEPTUAL

El niño escolar se encuentra entre los 6 y 11 o 12 años de edad aproximadamente, cuyo evento central es el ingreso a la escuela. A esta edad el niño cambia el ambiente cotidiano, dejando "fuera" a las personas que forman parte de su familia y de su mundo hasta entonces. 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. Es precisamente en la escuela donde aprenderá y adquirirá las herramientas que le ayudarán a desenvolverse en el mundo adulto.³¹

El niño escolar se encuentra en la etapa del ciclo vital según Erik Erikson en laboriosidad vs. Inferioridad, que es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y escolar, el niño está ansioso por hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de hacer cosas o de planearlas, y ya no obliga a los demás niños ni provoca su restricción. Posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo. Llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aún perfectas; el sentimiento de inferioridad, le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica- social, por su condición "racial" o debido a una deficiente estimulación escolar, pues es

³¹ Chile. Obesidad infantil. Tomada en el 2012. Maria Isabel Hodgson. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/obesidad.html>

precisamente la institución escolar la que debe velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad.³²

Estado Nutricional, es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto dado por los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. El estado nutricional que se determina mediante la valoración del crecimiento en los niños y los cambios en la masa corporal de los adultos, refleja diversos grados de bienestar, que en sí mismos son consecuencia de una compleja interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud y el entorno físico, social y económico. Antropometría, se refiere a las mediciones de las proporciones del cuerpo humano, en cuanto a tamaño y composición corporal.

También hablamos de conducta que está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

Conductas relacionadas con la nutrición:

La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de los alimentos a ingerir, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas por el escolar; de esta forma los hábitos alimenticios adquiridos a lo largo de la vida influyen en nuestra alimentación; llevar

³² Colombia. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Tomada en el 2006. Nelso Antonio Bordignon. <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.³³

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.³⁴

El concepto sobre nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

³³ Chile. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Tomada en el 2002. Jessica Osorio, Gerardo Weisstaub, Carlos Castillo. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

³⁴ OMS. Obesidad. Tomada en el 2015. <http://www.who.int/topics/obesity/es/>

Los alimentos son indispensables para la vida y suministran al organismo energía y nutrientes necesarios para la formación, crecimiento y reconstrucción de los tejidos.³⁵

La alimentación es un proceso voluntario a través del cual las personas se proporcionan sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cocinándolas, introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas. Es a partir de este momento que acaba la alimentación y empieza la nutrición, que es un proceso inconsciente e involuntario en el que se recibe, transforma y utiliza las sustancias nutritivas (sustancias químicas más simples) que contienen los alimentos.

³⁵ UNICEF. Glosario de nutrición, un recurso para comunicadores. Tomada en el 2012. http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf

1.7 MARCO INSTITUCIONAL

MISION INSTITUCIONAL

La Institución Educativa Técnica Francisco Manzanera Henríquez asume con responsabilidad y criticidad, en el marco de la autonomía institucional, procesos pedagógicos que ofrecen una formación integral altamente calificada a sus estudiantes. Para ello se exigirá como institución abierta al cambio; buscando siempre en el mejoramiento continuo, nivel de calidad y excelencia; tolerante y propiciadora de valores y actitudes favorables no solamente al desarrollo del conocimiento sino también al desarrollo sociocultural mediante prácticas vivenciales que integren activa y efectivamente a los miembros de la comunidad manzanerista, permitiendo su crecimiento y realización personal colectiva en los distintos contextos humanos del mundo actual y capacitando a los estudiantes en formaciones técnicas que le permitan asumir los retos y desafíos del mundo laboral del presente siglo.

VISION INSTITUCIONAL

La Institución Educativa Técnica Francisco Manzanera Henríquez, estatal, de carácter público en los niveles de Preescolar, Básica (primaria y secundaria), Medias Técnicas en: Manejo Ambiental, Desarrollo y Mantenimiento en informática, Gestión Empresarial, Instalación en redes de computadores, Programación de Software y Diseño e integración de multimedia, así como la educación por ciclos en la Jornada nocturna orientada mediante el decreto 3011, promocionará bachilleres con una formación que posibilitará la continuación de sus estudios superiores y/o el ingreso al campo laboral como gestores de proyectos empresariales y ambientales con altos índices de calidad y desempeño; para que incida en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus familias, como resultado de la formación que se

ofrece en los proyectos micro-empresariales. Una persona que encarnará lo filosófico, lo científico-técnico, lo artístico-lúdico de manera integral, es decir, seres capaces de reflexión, acción de sentimiento, cuya razón sea sensible y su sensibilidad sea racional, que lo lleven a prepararse para la vida en condiciones dignas, como futuros ciudadanos integrales y productivos que contribuyan al desarrollo socioeconómico tanto de la ciudad de Girardot como del país, cualquiera que sea su lugar de desempeño.

DERECHOS DE LOS ESTUDIANTES

Todos los estudiantes de la Institución Educativa Técnica Francisco Manzanera Henríquez, tienen los derechos civiles fundamentales, sociales, económicos, culturales, colectivos del medio ambiente, establecidos en la Constitución Nacional, la Ley de Infancia y Adolescencia, la Ley 1620, la Ley General de Educación y demás reglamentaciones que le atañen, por su condición de persona, colombiano, menor de edad, ciudadano (en caso de los estudiantes mayores de edad). Como persona tiene derecho a velar por la defensa y protección de los mismos a partir de su condición de estudiante regular, debidamente matriculado en el plantel, siendo miembro activo, participativo de la comunidad educativa. Tiene derecho a:

- a- Ser tratado por parte de cada uno de los estamentos de la comunidad educativa con la consideración, respeto, aprecio y justicia que todo ser humano merece de sus semejantes en igualdad.

- b- Recibir educación y formación que le garantice el pleno desarrollo de su personalidad y potenciar sus facultades con el fin de prepararlo para una vida activa,

conociendo y respetando los derechos humanos, los valores culturales y el cuidado del medio ambiente natural con espíritu de paz, tolerancia y solidaridad.

c- Expresar su opinión, escuchar y ser escuchado con cultura y cortesía, ser orientado y orientar en aquellos casos de conflicto que perjudiquen y afecten la convivencia institucional.

d- Participar activamente en el proceso de formación y en las demás programaciones culturales, sociales, religiosas y deportivas del plantel.

El ser atendido en sus reclamos y solicitudes particulares que se hagan a través de los conductos regulares (profesor, director de grupo, orientador, coordinador, Comité de Convivencia, Consejo Académico, Rectoría y Consejo Directivo), enmarcados en la veracidad, respeto por la institución y las personas vinculadas a ésta.

f- Conocer las anotaciones sobre su comportamiento que realicen el director de grupo, profesores, coordinadores, Unidad de Mediación o Comité de Convivencia, para hacer las observaciones, los descargos respectivos y diligenciamiento de los protocolos establecidos en el plan de acción integral.

g- Utilizar y recibir oportunamente y dentro de los horarios establecidos, los servicios de bienestar estudiantil, que dispone la institución.

i- Elegir y ser elegido para representar a sus compañeros en los organismos de participación estudiantil y gobierno escolar.

j- Que sus conflictos se resuelvan por medios alternativos, siempre y cuando estén dentro del ámbito legal, tales como: la mediación, la conciliación en equidad, la negociación directa, el arbitraje y el diálogo.

k- Recibir estímulo cuando su comportamiento y actitudes lo ameriten.

l- Protección especial por razones de edad, salud, nutrición, condición socioeconómica, embarazo, limitaciones físicas, violencia intrafamiliar, abandono, desplazamiento, amenaza o de cualquier otra índole.

m- Optar por ser padre o madre con las consecuencias que dicha decisión conlleve.

n- Recibir educación en la prevención, el uso y el abuso de sustancias sicotrópicas y, de ser necesario, ser remitido a instituciones de apoyo especializado con la colaboración y compromiso oportuno del grupo familiar.

o- Ser remitido a institución especializada o ente gubernamental cuando a criterio de orientación escolar o el comité de convivencia por la situación del estudiante o de la familia lo amerita.

p- No ser sometidos(as) a castigos, burlas, escarnio público, señalamientos indebidos, estigmatización o similares.

q- Recibir una copia del Pacto de Convivencia actualizado en medio físico o magnético.

r- Participar e impulsar cambios, ajustes y reformas al Pacto de Convivencia que beneficien a la comunidad educativa.

s- Promover y participar en campañas que busquen el bienestar y superación estudiantil e institucional.

t- Ser representado y apoyado, material y psicológicamente, por su núcleo familiar cuando se considere necesario para lograr la misión institucional.

u- Portar celulares o elementos electrónicos bajo su responsabilidad y siempre y cuando lo use adecuadamente, en momentos y lugares oportunos bajo los criterios institucionales establecidos para tal fin.

v- Cuando es alumno antiguo puede participar en el proceso de clasificación de las modalidades en la media técnica de acuerdo a la oferta institucional, teniendo en cuenta su criterio, el perfil determinado por el proceso y su rendimiento académico como evidencia de sus capacidades.

DEBERES DE LOS ESTUDIANTES

Todos los estudiantes que pertenezcan a la Institución Educativa Técnica Francisco Manzanera Henríquez, desde el momento de formar parte de la comunidad educativa, deben asumir sus deberes civiles fundamentales, sociales, económicos, culturales, colectivos del medio ambiente, establecidos en el presente Pacto de Convivencia, los cuales se fundamentan en la Constitución Nacional, la Ley de Infancia y Adolescencia, la Ley 1620, La Ley General de Educación, algunas sentencias de la Corte Suprema de Justicia y demás reglamentaciones que le atañen, por su condición de persona, colombiano, menor de edad, ciudadano (en caso de los estudiantes mayores de edad). Como persona es su deber velar por la defensa y protección de los mismos a partir de su condición de estudiante regular, debidamente matriculado en el plantel, siendo miembro activo, participativo de la comunidad educativa. Algunos de sus deberes son:

a- Asistir puntualmente a clases y a las demás actividades que programe la institución dentro y fuera del horario escolar. La inasistencia sistemática es causal de pérdida de la asignatura. Cuando el estudiante llegue a la Institución tarde permanecerá fuera de la clase la primera hora, asumiendo la falla y el nivel del logro de la asignatura que corresponda. Al completar tres retardos el estudiante debe presentarse con sus padres para realizar un compromiso de cumplimiento. Durante esta hora estará bajo la supervisión del coordinador o los docentes de turno de acompañamiento y convivencia, donde debe realizar trabajo de formación que puede ser ambiental o desarrollo de talleres prácticos de formación y reflexión orientados por docentes o el departamento de orientación escolar, esto se hará durante la primera hora de clase. Al finalizar la actividad, el estudiante debe ingresar a su salón de clases y continuar las actividades académicas correspondientes.

b- Asistir puntual y constantemente al horario programado para las medias técnicas institucionales y las jornadas planeadas para la preparación de exámenes de estado

y refuerzos académicos, portando siempre con decoro el uniforme de diario, a excepción de indicaciones específicas contrarias por parte de los directivos.

c- Portar con pulcritud, de manera correcta y con decoro el uniforme de diario y/o educación física conforme a lo establecido para cada actividad que se programe dentro y fuera de la institución, en donde debe ser un digno representante de la comunidad manzanerista. Así mismo debe hacerlo durante la asistencia cotidiana a la institución, dentro y fuera de ella, en horarios normales o extra clase.

d- Evitar el uso de aditivos como pañoletas, cachuchas, joyas, buzos y moños de colores diferentes al blanco y demás aderezos que riñan con el buen uso de los uniformes.

e- Mantener un corte de cabello adecuado, estilo clásico para los hombres, que no refleje modas o ejemplos que atenten contra la buena presentación personal e imagen institucional, de igual manera las mujeres no deben usar maquillaje, ni esmaltes de colores en las uñas.

f- No portar armas, de ninguna clase, dentro y fuera de la institución

g- En caso de portar celulares o aparatos electrónicos (tablets, audífonos, mp3, mp4, jostik, etc.) es su deber hacer uso adecuado de los mismos, no interrumpir o usarlos durante las clases para evitar que sean decomisados. El cuidado de estos elementos será responsabilidad única y exclusiva del estudiante. La institución no se hace responsable por perdidas, daños, hurtos o cualquier anomalía frente a estos elementos.

h- Abstenerse de portar, consumir y distribuir drogas, alucinógenos o sustancias psicoactivas dentro y fuera de la institución

i- Proteger e impedir el mal uso o la destrucción de los bienes de la institución, haciéndose responsable de los daños causados por su mal uso, su indebido comportamiento y teniendo claro la corresponsabilidad con su acudiente.

j- Actuar en todo momento y lugar, con honestidad y responsabilidad, reflejando y contribuyendo a la imagen institucional y personal.

k- Justificar ante el coordinador de disciplina y docente director de grupo en forma escrita sus ausencias una vez que se reintegre a clases. De lo contrario se citará al acudiente con el fin de informarlo y conocer las razones de la inasistencia.

l- Propender por mostrar siempre rendimiento académico satisfactorio.

m- Presentarse a la institución y/o a las actividades programadas en óptimas condiciones de aseo e higiene.

n- Asumir un comportamiento acorde a su rol de estudiante dentro y fuera de la institución.

o- No realizar, divulgar o participar en actividades subversivas de guerrilla, de paramilitarismo, de narcotráfico o de pandillas.

p- No realizar acto o acceso carnal contra persona, inducirla a prácticas abusivas, denigrantes, deshonrosas, o de cualquier manera atentar o violar su libertad sexual o influir negativamente en su educación sexual.

q- No Inducir, manipular, constreñir u obligar a otra persona a cometer acto de constituya infracción académica o de convivencia, o que de cualquier manera atenta contra la moral, la ley, la salud y las buenas costumbres que exige la institución.

r- *No ingresar a la sala de profesores sin la debida autorización ya que este es un lugar reservado dentro de la institución para el personal docente.*

s- Mantener un trato cortés y digno con todo el personal de la comunidad educativa, sin ningún tipo de distinciones o discriminaciones.

t- Cumplir estrictamente con las tareas, trabajos y lecciones asignados por los docentes.

u- Respetar, acatar y apoyar al consejo estudiantil y compañeros con un margen de autoridad debido a que por alguna circunstancia estén liderando una actividad institucional o sean parte de algún comité organizador.

v- Propender por el cuidado de las jardineras y plantas que hacen parte del ornato y decoración institucional.

w- Ser leal y sincero con la Institución Educativa Técnica Francisco Manzanera Henríquez ya que ella es quien lo educa y debe sentirse responsable de su buena marcha.

x- Entonar con seriedad y respeto en los lugares y actividades que se requiera los himnos nacional de Colombia, departamental de Cundinamarca, municipal de Girardot e Institucional Francisco Manzanera Henríquez demostrando con su expresión el civismo y amor patrio.³⁶

³⁶ Colombia. Institución educativa técnica Francisco Manzanera Henríquez. Pacto de convivencia. Protocolo de atención integral, programación curricular. Tomada en el 2015

1.8 MARCO LEGAL

LEY 1355 DEL 2009

(Octubre 14)

Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades Crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad De salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y Prevención

Artículo 1: *Declarase*. La obesidad como una enfermedad crónica de salud pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todas ellas aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

Artículo 4ª: *Estrategias para promover una Alimentación Balanceada y Saludable*. Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

- Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.

- Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un programa de educación alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar,

para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

- El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola.

Artículo 11: Regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos. Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la protección social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen.

Artículo 12: Publicidad y mercadeo de alimentos y bebidas en medios de comunicación. El Ministerio de la Protección Social a través del INVIMA creará una sala especializada, dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas, con criterios de agilidad y eficiencia operativa en su funcionamiento, buscando la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud - OMS con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.

Artículo 19: Agenda de Investigación. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” - Colciencias, acciones orientadas a

definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los de-terminantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, la evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.

Artículo 20: Día de lucha contra la obesidad y el sobrepeso y la Semana de hábitos de vida saludable. Declárese el 24 de septiembre como el Día Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la semana de hábitos de vida saludable.

Artículo 21: Vigilancia. Los Ministerios de la Protección Social y de Educación en conjunto con el INVIMA, ICBF Y COLDEPORTES Nacional, según cada caso, tendrán la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de lo establecido en la presente Ley.

El Ministerio de la Protección Social deberá garantizar la existencia de mecanismos de monitoreo poblacional a través de los cuales el país pueda establecer de manera periódica los avances o retrocesos que se han obtenido frente a las medidas aquí adoptadas. Este monitoreo deberá incluir, como mínimo, indicadores de antropometría, actividad física (recreativa y por transporte) y balan-ce nutricional entre otras.³⁷

³⁷ Colombia. Ley 1355 del 2009. Tomada en el 2009. Congreso de Colombia

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991

PREAMBULO

TITULO II.

DE LOS DERECHOS, LAS GARANTIAS Y LOS DEBERES

CAPITULO 1.

DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES

ARTICULO 41. En todas las instituciones de educación, oficiales o privadas, serán obligatorios el estudio de la Constitución y la Instrucción Cívica. Así mismo se fomentarán prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana. El Estado divulgará la Constitución.

CAPITULO 2.

DE LOS DERECHOS SOCIALES, ECONOMICOS Y CULTURALES

ARTICULO 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables.

Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley.

Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes. La ley reglamentará la progeneritura responsable.

La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos.

ARTICULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su

cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.³⁸

LEY 1098 DE 2006

(Noviembre 8)

Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

Título 1: Disposiciones Generales Capítulo I: Finalidad. Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

ARTICULO 2: Objeto. El presente código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

ARTÍCULO 17: Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de

³⁸ Colombia. Constitución política de Colombia. Tomada en 1991. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura.

ARTÍCULO 24: Derecho a los alimentos. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica del alimentante. Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. Los alimentos comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto.

ARTICULO 29: Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación

inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.³⁹

LEY 12 DE 1992

(Enero 22)

Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989

ARTÍCULO 24: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

1. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - a) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable Colombia. Ley 1098 del 2006. Código de infancia y adolescencia. Tomada en el 2006.

³⁹ Colombia. Ley 1098 del 2006. Código de infancia y adolescencia. Tomada en el 2006. Congreso de Colombia. <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf>

Congreso de Colombia.
<http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf>
f salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.

- b) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

- c) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Artículo 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.⁴⁰

⁴⁰ Colombia. Ley 12 de 1991. Tomada en 1991. UNICEF. <http://www.unicef.org/colombia/pdf/CDNparte1.pdf>

1.9 MARCO ETICO

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION N° 008430 DE 1993

(4 DE OCTUBRE DE 1993)

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

EL MINISTRO DE SALUD En ejercicio de sus atribuciones legales en especial las conferidas por el Decreto 2164 DE 1992 y la Ley 10 de 1990

CAPITULO III

DE LAS INVESTIGACIONES EN MENORES DE EDAD O DISCAPACITADOS

ARTICULO 23. Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquella que se realice en menores de edad o en discapacitados físicos y mentales, deberá satisfacer plenamente todas las exigencias que se establecen en este capítulo.

ARTICULO 24. Cuando se pretenda realizar investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se hayan hecho estudios semejantes en personas mayores de edad y en animales inmaduros; excepto cuando se trate de estudios de condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

ARTICULO 25. Para la realización de investigaciones en menores o en discapacitados físicos y mentales deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate, certificación de un neurólogo, psiquiatra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto.

ARTICULO 26. Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer. El Comité de Ética en Investigación de la respectiva entidad de salud deberá velar por el cumplimiento de estos requisitos.

ARTICULO 27. Las investigaciones clasificadas con riesgo y con probabilidades de beneficio directo para el menor o el discapacitado, serán admisibles cuando: a. El riesgo se justifique por la importancia del beneficio que recibirá el menor o el discapacitado. b. El beneficio sea igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.

ARTICULO 28. Las investigaciones clasificadas como de riesgo y sin beneficio directo al menor o al discapacitado, serán admisibles de acuerdo con las siguientes consideraciones: PARAGRAFO PRIMERO. CUANDO EL RIESGO SEA MINIMO

a. La intervención o procedimiento deberá representar para el menor o el discapacitado una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educacional.

b. La intervención o procedimiento deberá tener alta probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor o del discapacitado que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.

PARAGRAFO SEGUNDO. CUANDO EL RIESGO SEA MAYOR AL MINIMO

a. La investigación deberá tener altas probabilidades de atender, prevenir o aliviar un problema grave que afecte la salud y el bienestar de la niñez o de los discapacitados físicos o mentales.

b. El Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, establecerá una supervisión estricta para determinar si aumenta la magnitud de los riesgos previstos o surgen otros y suspenderá la investigación en el momento en que el riesgo pudiera afectar el bienestar biológico, psicológico o social del menor o del discapacitado.

LEY 266 DE 1996

(Enero 25)

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

CAPÍTULO I. DEL OBJETO Y DE LOS PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

ARTÍCULO 2. PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL. Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

2. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

2. Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

3. Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

4. Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad. Se compleme

nta con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

ARTÍCULO 17. LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA. De acuerdo con los principios, definición, propósito, ámbito y natural, social del ejercicio y para efecto de la presente ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y Enfermería
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios.

6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.⁴¹

LEY 911 DEL 2004

(Octubre 5)

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

Capítulo I. Declaración de principios y valores éticos ° El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

Los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia.

⁴¹ Colombia. Resolución 266 de 1996. Tomada en 1996. Congreso de Colombia. http://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105002_archivo_pdf.pdf

Capítulo II. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería.⁴²

⁴² Colombia. Ley 911 del 2004. Congreso de Colombia. Tomada en el 2004. http://www.unisystem.edu.co/wp-content/uploads/2014/10/ley_911_de_2004.pdf

1.10 MARCO TEÓRICO

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas.

Teoría del autocuidado

Es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso.

El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos: Requisitos de Autocuidado Universal; Requisitos del Desarrollo; Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud. Los requisitos de autocuidado universales (RAU) abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida.

Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida.⁴³

Estos (RUAC), son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de la salud cubriendo los aspectos fundamentales para la vida, el mantenimiento de la integridad de las estructuras y el funcionamiento y bienestar de la persona. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Los (RUAC) se ven influenciado por los factores condicionantes básicos (FCB) que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en que vive. Estos influyen, por una parte en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias y sacar todo el partido posible a su propia vida y por otra en las capacidades de las

⁴³ Cuba. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Tomada en el 2014. Liliana Prado. Maricela González, Noelvis Gómez, Karelia Romero

personas que se encargan de su autocuidado o del cuidado de quienes dependen de ella.

En esta teoría o modelo conceptual, las operaciones de autocuidado se refieren a prácticas, acciones o desempeño para auto cuidarse. Incluyen lo realizado para evaluar, tomar decisiones y actuar en beneficio del propio autocuidado.

La agencia de autocuidado está influenciada por la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el ambiente, el sistema familiar, factores socioculturales y personales, patrones de vida, recursos disponibles, sistema de atención de salud y estado de salud, denominados en el modelo, factores condicionantes básicos. Dichos factores influyen tanto en el tipo de acciones requeridas, como en la habilidad para realizarlas.

Para una adecuada intervención de enfermería es fundamental identificar en las operaciones de autocuidado, cuáles de las acciones son favorables para la salud y así saber qué hacen las personas en beneficio de su propio autocuidado o del autocuidado de los suyos.

La malnutrición por exceso constituye un factor de riesgo de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus; es también riesgo de coleditiasis, osteoartritis de rodilla y patologías durante el embarazo entre otros. Como no más del 20% de los tratamientos de obesidad son efectivos, el énfasis debe situarse en la promoción de estilos de vida saludable y en su prevención. Esto determina la importancia que las

acciones se inicien en etapas precoces de la vida y acorde a diagnóstico de prácticas de autocuidado. Se sabe lo difícil que es lograr un cambio de conducta y que son mayores y más costo efectivos los esfuerzos destinados a formación de conductas saludables.⁴⁴

Frente al tema de la malnutrición por exceso, contar con instrumentos que nos ayuden a diagnosticar las prácticas de autocuidado adquiere hoy día relevancia. Enfermería a nivel escolar puede hacer una importante contribución, especialmente si dentro de sus funciones se consideran fuertemente las acciones de promoción de la salud. La enfermería se relaciona con las personas en función de sus necesidades de cuidado de la salud, concepto de vital importancia, entendido como la base para lograr el desarrollo de las potencialidades de la persona.

⁴⁴ Chile. OPERACIONES DE AUTOCUIDADO ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN EN MADRES DE ESCOLARES CHILENOS. Tomada en el 2008. Cecilia Campos, Jean Moore, Lisa Pawloski, Marcela González, Kathleen Gaffney

1.11 DISEÑO METODOLÒGICO

Se definió el diseño metodológico teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

❖ Enfoque del estudio

Enfoque cuantitativo: “el modelo cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento”⁴⁵, nos permitió conocer y evaluar las diversas conductas asociadas a la nutrición que adoptan los niños escolares de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliécer Gaitán de Girardot, pudiendo plantear una estrategia de trabajo basada en la principales necesidades que se obtuvieron del estudio.

❖ Tipo (s) de estudio

Investigación descriptiva: ya que proporcionó una descripción específica y concisa de las conductas alimentarias que adoptan los escolares y permitió desarrollar medidas preventivas.

❖ Universo

Todos los estudiantes de primaria en edad escolar, de los colegios públicos del Municipio de Girardot de los 8 colegios oficiales de básica primaria con (4.545)

⁴⁵ México. Metodología de la investigación. Tomada en 1991. Roberto Hernández Sampieri. <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaedes/metodologia-de-la-investigacion.pdf>

dentro de los cuales se encuentra la mayoría en los niveles 1 y 2 y un porcentaje mínimo en nivel 3.

❖ Población

Los estudiantes de primaria en edad escolar de tercero a quinto de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliécer Gaitán de Girardot con rango de edad de 7- 13 años de género masculino y femenino, en esta sede están activos un total de 183 escolares.

❖ Muestra

Estudiantes activos de la Institución Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliécer Gaitán la cual consta de 183 alumnos.

❖ Muestreo

Muestreo Probabilístico: ya que se basa en el principio de equiprobabilidad. Es decir, aquellos en los que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de una muestra y, consiguientemente, todas las posibles muestras de tamaño n tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas.

El muestreo, la muestra y la población son la misma (183 estudiantes)

❖ Criterios de inclusión

a) Niños escolares de 7 a 13 años de edad

1.12 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuáles son las conductas nutricionales relacionadas con el sobrepeso y la obesidad que adoptan los escolares de tercero a quinto de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliecer Gaitán?

Tabla 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	TIPO	ESCALA	VALOR
VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADORES	La Valoración Nutricional es la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es	<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Talla - Edad 	Cuantitativa	Numérica	Desviación estándar:

<p>ANTROPOMÉTRICOS:</p>	<p>utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes; teniendo en cuenta peso, talla, edad e IMC del niño escolar.</p>	<p>- IMC</p>			<p>- $> 0 = 1$ y < 2: sobrepeso</p> <p>- > 2: obesidad</p>
<p>CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO:</p>	<p>Es el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preferencias</p>	<p>- Comportamientos institucionales</p> <p>Hace referencia a las conductas del niño en el ámbito escolar, los</p>			<p>- Tipos de alimentos que consumen</p> <p>- Selección de los alimentos que se ofrecen</p>

	alimentarias, las forma de presentación de los alimentos y las cantidades ingeridas	alimentos que allí le ofrecen, los conocimientos que se le brindan a los escolares sobre una nutrición saludable y los alimentos por los que se inclina en la institución	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Preferencia de alimentos ofrecidos en la cafetería escolar - Alimentos que consumen con frecuencia en la institución
		<p>-Comportamientos familiares</p> <p>Abarca la conducta nutricional que adopta el niño en su hogar, la educación que le</p>	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentos preparados con mayor frecuencia - Presentación de los alimentos - Frecuencia con la que consume cada tipo de alimentos

		brindan sus padres sobre una nutrición saludable y los alimentos que allí le ofrecen			- Tipos de alimentos que ingiere
		-Comportamientos personales Comprende la conducta personal y preferencias nutricionales del niño, a los alimentos que ingiere con mayor constancia, los alimentos de su preferencia y la	Cuantitativa	Nominal	- Tipos de alimentos preferidos - Frecuencia con la que consume cada tipo de alimentos - Alimentos que ingiere con más constancia

		cantidad de veces que los consume en el día o la semana			
--	--	---	--	--	--

1.13 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

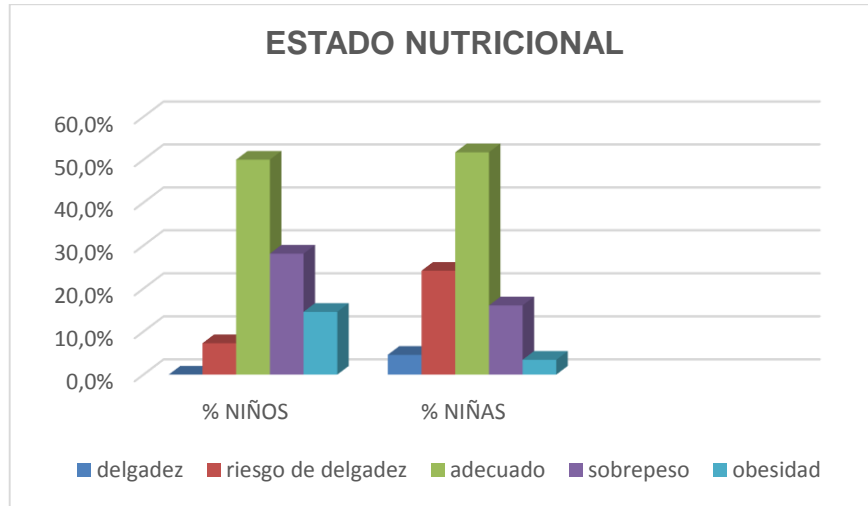
Las dos investigadores realizaron las encuestas de martes a viernes en el transcurso de dos semanas, donde desarrollaban por día un salón; se les explicaba a los niños la finalidad de ese formato, se les entregaba las encuestas y se les iba leyendo pregunta por pregunta para que fueran entendibles para ellos, si surgía cualquier duda en el transcurso de ese tiempo se les explicaba; una vez terminada la encuesta se llamaba a niño por niño según el orden en que entregaron, para que una investigadora lo tallara y la otra lo pesara. En cuanto al tiempo de desarrollo de esta actividad, en total fue de 2 horas en cada salón: 35 minutos resolviendo la encuesta y 1 hora – 25 minutos tallándolos y pesándolos.

Posteriormente se procedió a crear la base de datos en un libro de Excel, donde se recopiló toda la información dada por las encuestas; a cada uno de los niños se les halló el IMC según la talla y el peso que presentaban, después de esto se utilizó la gráfica de desviación de IMC para la edad en niños y niñas de 5 a 18 años establecido en el Instructivo de los Patrones de Crecimiento de la OMS aplicado en Colombia para Niños, Niñas y Adolescentes de 0 a 18 Años, donde se analiza si el niño se encuentra en delgadez, riesgo de delgadez, peso adecuado, sobrepeso u obesidad.

❖ Tabulación y análisis

Se realizó una tabla en Excel en donde se registraron todos los datos obtenidos, y acá mismo se realizaron las estadísticas de cada uno de los componentes del instrumento.

Grafica 1. Estado nutricional



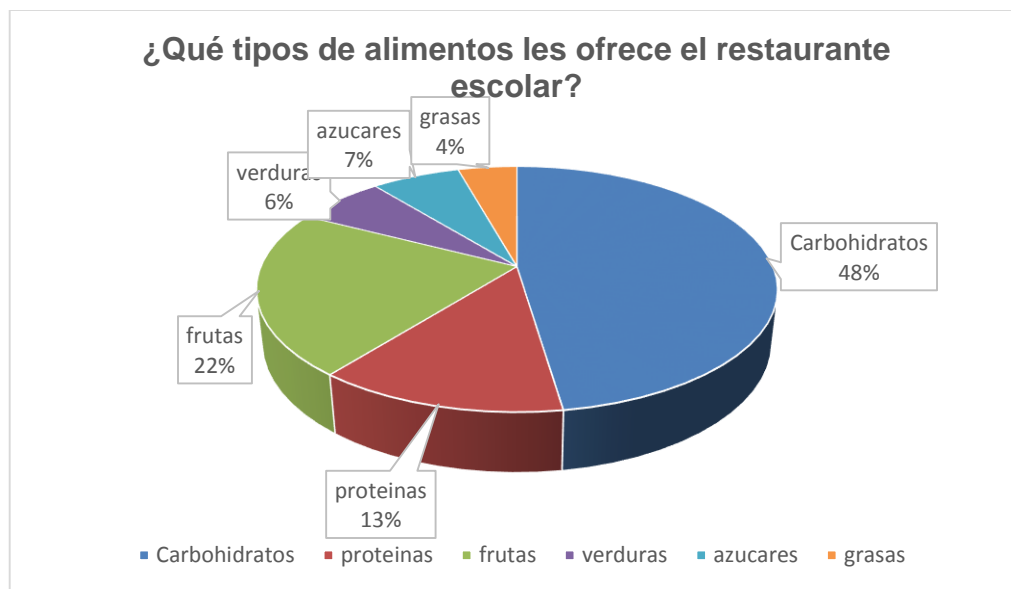
ANÁLISIS

En la totalidad de los niños encuestados se encontró que el 0% presenta delgadez, el 7,3% presenta riesgo de delgadez, el 50% se encuentra en peso adecuado, el 28,1% presenta sobrepeso y el 14,6% presenta obesidad. En la totalidad de las niñas encuestadas se encontró que el 4,6% presenta delgadez, el 24,1% está en riesgo de delgadez, el 51,7% se encuentra en el peso adecuado, el 16,1% presenta sobrepeso y el 3,2% presenta obesidad.

En el municipio de Girardot, en el año 2013 se notificaron 1015 escolares (menores de 6 a 11 años) los cuales presentaron la siguiente clasificación nutricional: 674 menores que representan el 66% se encuentran en el peso ideal, 106 menores que representan el 10% están en riesgo de delgadez, 21 menores que representan el 2% se encuentran en estado de delgadez, 142 menores que representa el 14% se

encuentran en sobrepeso, y 72 menores que representan el 8% se hallan en obesidad ⁴⁶

Grafica 2. ¿Qué tipos de alimentos ofrece el restaurante escolar?



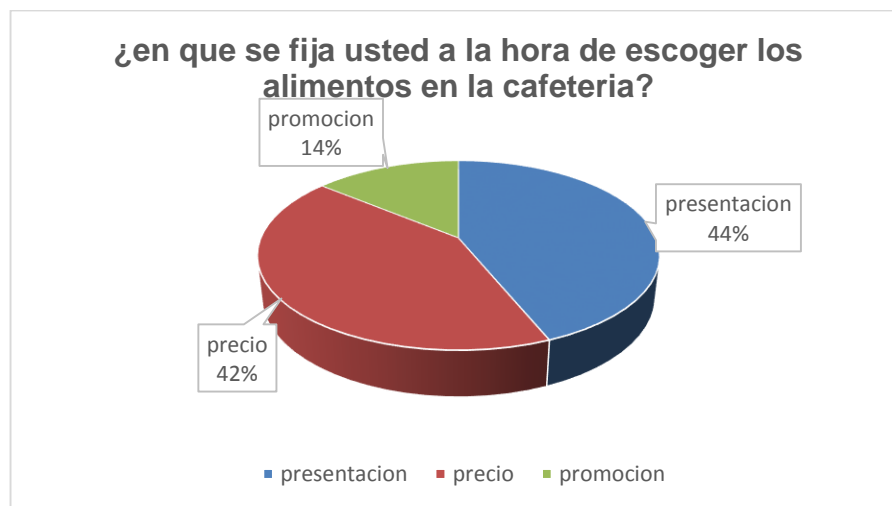
ANÁLISIS

Se evidencia que el 48% de los alimentos ofrecidos por el restaurante escolar son carbohidratos, el 22% de los alimentos ofrecidos por el restaurante escolar son frutas, el 13% de los alimentos ofrecidos por el restaurante escolar son proteínas, el 7% de los alimentos ofrecidos por el restaurante escolar son azúcares, el 6% de los alimentos ofrecidos por el restaurante escolar son verduras y el 4% de los alimentos ofrecidos por el restaurante escolar son grasas.

⁴⁶ ICBF. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Tomada en el 2010. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSI N%20%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

En el estudio de consumo sobre 201 centros docentes, se constató que solo el 41% de los centros servían un menú suficientemente equilibrado y nutritivo, y que el 24% de los mismos seguía ofreciendo mala calidad de alimentación. El aporte de verduras y de proteínas es muy bajo, y además, el 14% de los centros no servían legumbres ni una sola vez por semana.⁴⁷

Grafica 3. ¿En que se fija usted a la hora de escoger los alimentos en la cafetería?



ANÁLISIS

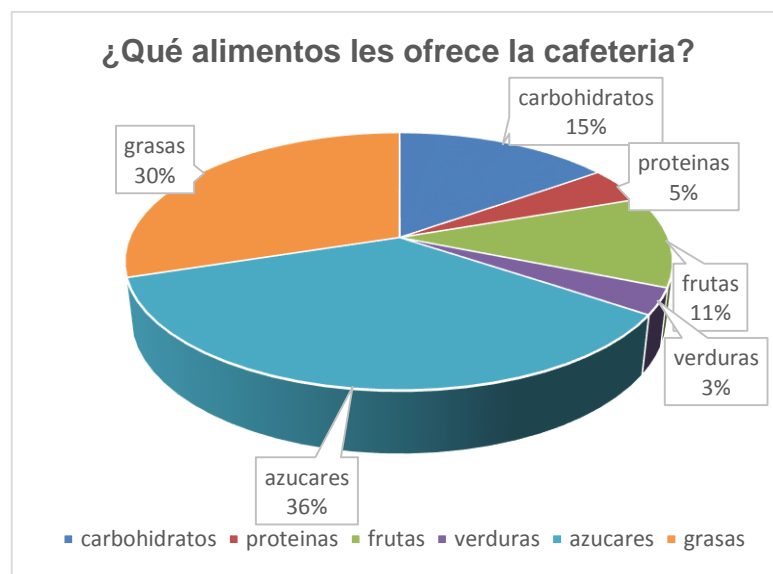
Los estudiantes a la hora de escoger los alimentos en la cafetería se fijan en un 44% en la presentación del producto, en un 42% en el precio del producto, y en un 14% en las promociones que tengan dichos productos. Es notorio que la publicidad y la presentación de los productos generan un gran impacto sobre el interés de los niños hacia los alimentos a comprar, seguido de la economía que los represente ya

⁴⁷ España. Nutrición y alimentación en el ámbito escolar. Atie Bárbara, Beckam Luis, Jesús Contreras, Francisco Echeverría, Manuel Espinoza, Sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación. Tomada en el 2012

que entre más baratos sean dichos productos son más accesibles a que los niños los adquieran.

Entre las motivaciones que los niños de éste y otros estudios han manifestado para comprar alimentos de alta densidad energética, es que estos tienen un precio accesible para ellos, existe una amplia y variada oferta de estos productos dentro del colegio y que tienen buen sabor.⁴⁸

Grafica 4. ¿Qué alimentos les ofrece la cafetería?



⁴⁸ Chile. Colaciones habitualmente consumidas por niños de escuelas municipalizadas; motivaciones para su elección. Tomada en el 2010. Nelly Bustos, Juliana Kain, Barbara Leyton, Sonia Olivares, Fernando Vio

ANÁLISIS

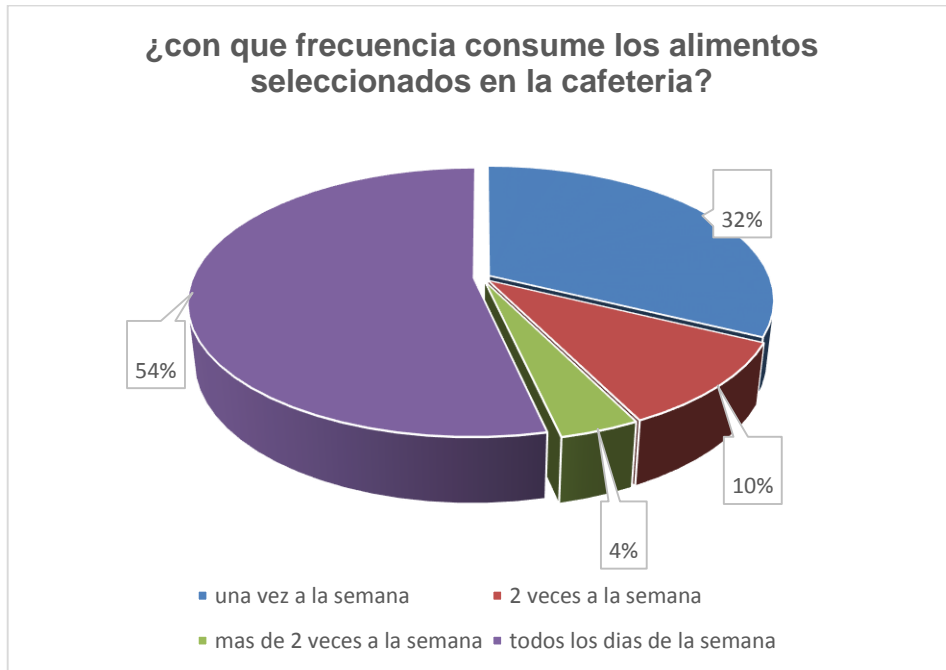
En los alimentos que ofrece la cafetería escolar encontramos en primer lugar los alimentos ricos en azúcares con un 36%, seguido de alimentos ricos en grasas con un 30%, después encontramos los alimentos ricos en carbohidratos con un 15%, y encontramos en menor cantidad alimentos como las frutas en un 11%, proteínas en un 5%, y verduras en un 3%.

Contrastando con el estado del arte, nos damos cuenta que coinciden los resultados del estudio con este proyecto de investigación, ya que este tipo de alimentos son los más relevantes en las ventas de las instituciones (cafetería).

Los escolares tienen acceso a diferentes alimentos ofrecidos en el restaurante escolar, cafetería escolar, y ventas ambulantes. Los alimentos allí ofrecidos son bien acogidos por la comunidad infantil por ofrecer alimentos de preferencia de este grupo como dulces, productos empacados, gaseosas, entre otros.⁴⁹

⁴⁹ Colombia. La alimentación y la nutrición del escolar. Universidad de Antioquia, facultad de Enfermería. Tomada en el 2013. Sandra Restrepo Mesa

Grafica 5. ¿Con que frecuencia consume los alimentos seleccionados en la cafetería?



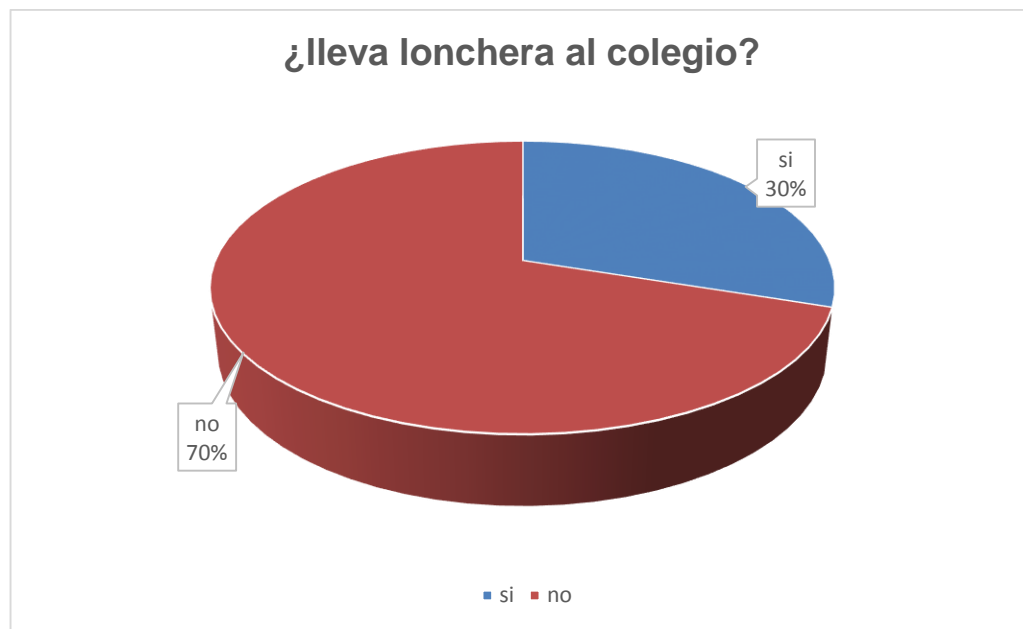
ANÁLISIS

La frecuencia con que los niños consumen los alimentos que ofrece la cafetería escolar es de un 54% todos los días de la semana, 32% una vez a la semana, 10% 2 veces a la semana y 4% más de 2 veces a la semana.

El 60% de los niños declaró que siempre disponía de dinero para comprar alimentos en la escuela. Se puede observar las cantidades de dinero de las que disponían, cuya mayor frecuencia se concentraba entre los que llevaban \$200 a menos de \$300 (26,7%); \$300 a \$400 (19,5%); y \$500 a \$1.000 (21,9%). Un 9,2% contaba

con más de \$1.000 diarios para comprar alimentos en el kiosco. El 68% de los niños señaló que el dinero que utilizaban para comprar alimentos en el colegio se los daban sus padres, mientras que un 11,8% indicó a otro familiar como abuelos, hermanos y tíos.⁵⁰

Grafica 6. ¿Leva lonchera al colegio?



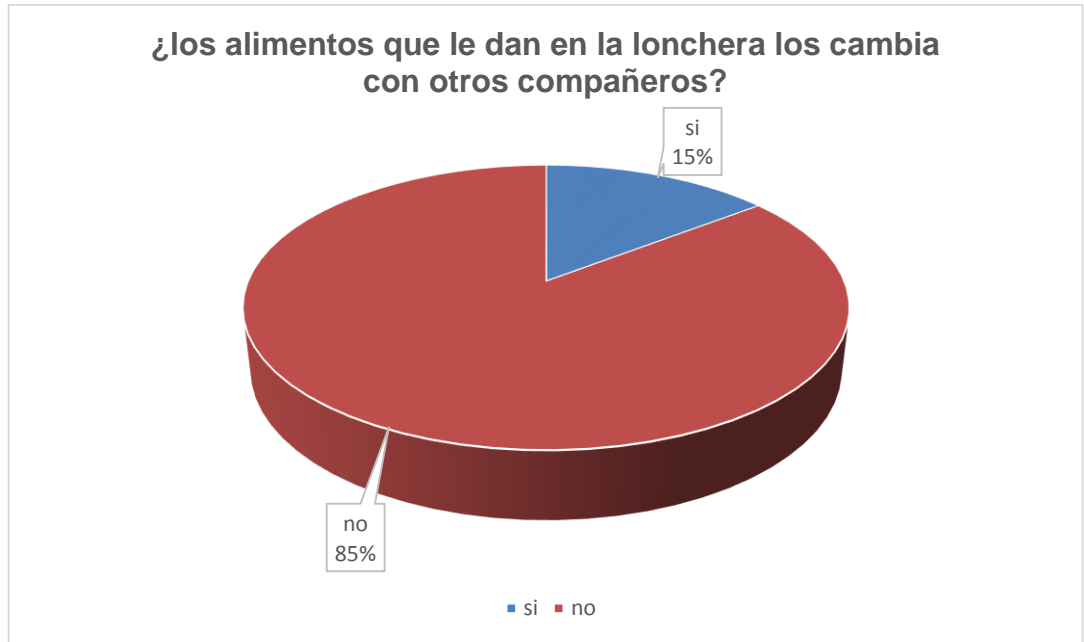
ANÁLISIS

El 70% de los niños que asisten a esta institución educativa no llevan lonchera al colegio, por otro lado el 30% de los niños si llevan lonchera al colegio. Sólo un 33% de los niños llevaba colación desde su casa para comer en el colegio, menor a lo encontrado en estudios acerca de la publicidad de los alimentos que alcanzaba un

⁵⁰ Chile. Colaciones habitualmente consumidas por niños de escuelas municipalizadas; motivaciones para su elección. Tomada en el 2010. Nelly Bustos, Juliana Kain, Barbara Leyton, Sonia Olivares, Fernando Vio

38,7%. Gran parte de los niños maneja diariamente dinero para la compra de alimentos en el kiosco del colegio, en el que un 34,3% de ellos siempre disponía de dinero y un 64,2 % sólo “algunas veces”.⁵¹

Grafica 7. ¿Los alimentos que le dan en la lonchera los cambia con otros compañeros?

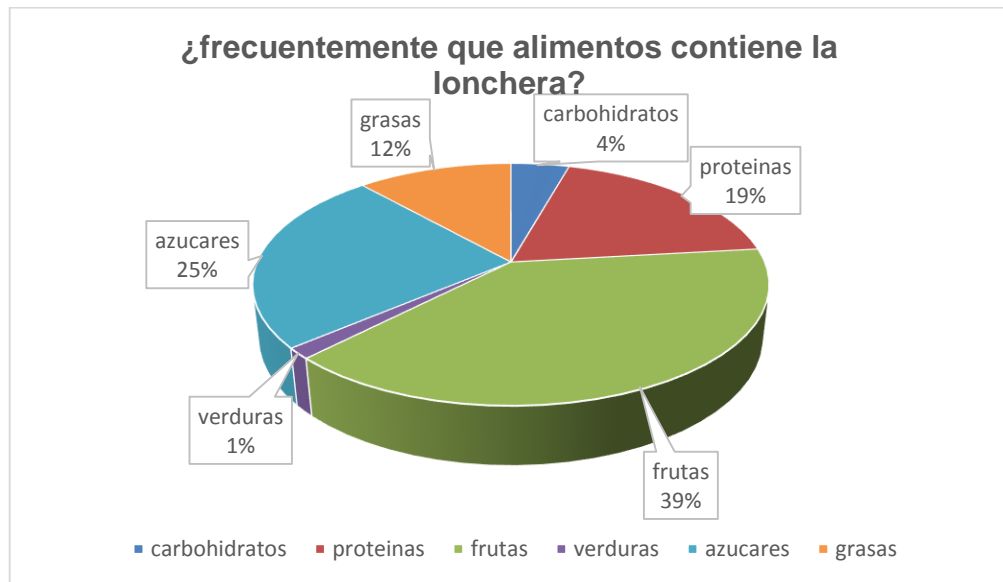


ANÁLISIS

Del 30% de los estudiantes de la institución que lleva lonchera al colegio, el 85% de los niños no cambia los alimentos que lleva en su lonchera por otro alimento que le ofrezcan, por otro lado el 15% de los niños si cambian los alimentos que lleva en la lonchera con sus compañeros.

⁵¹ Chile. Publicidad de alimentos y conductas alimentarias de escolares de 5º a 8º básico. Tomada en el 2003. Olivares S, Yáñez R, Díaz N.

Grafica 8. ¿Frecuentemente que alimentos contiene la lonchera?



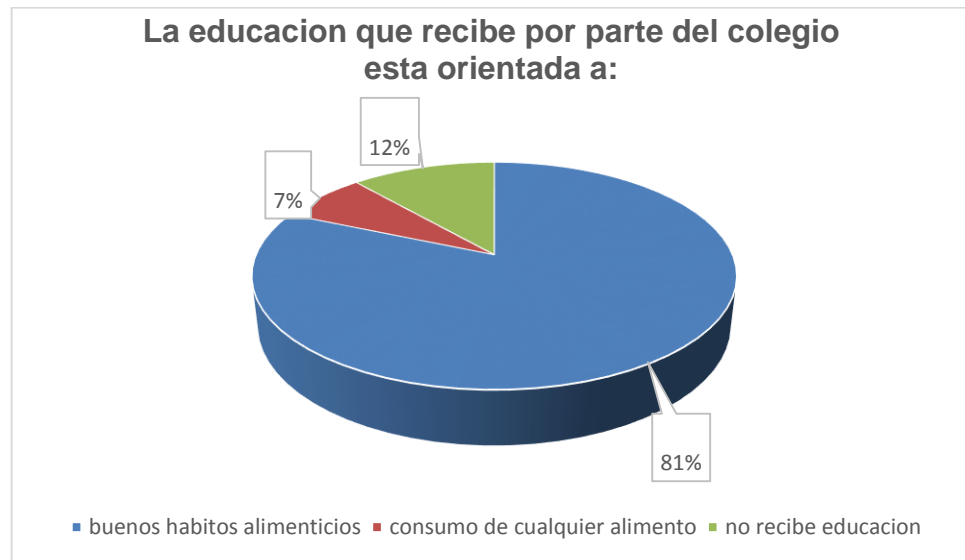
ANÁLISIS

En los alimentos que contiene la lonchera de los niños que la llevan a la institución encontramos que está constituida en un 39% de frutas, en un 25% de alimentos ricos en azúcares, en un 19% de alimentos ricos en proteínas, en un 12% de alimentos ricos en grasas, en un 4% de alimentos ricos en carbohidratos, y en menor proporción encontramos las verduras con un 1%.

Entre los alimentos que llevaban de colación hay grandes diferencias con estudios anteriores ya que actualmente se observa una tendencia a llevar de colación alimentos saludables como fruta (36,6%) y yogur (31,1%), mientras que en otros

estudios se encontró que el 47,4% de las colaciones consistía en productos envasados dulces y salados. ⁵²

Grafica 9. La educación que recibe por parte del colegio está orientada a:



ANÁLISIS

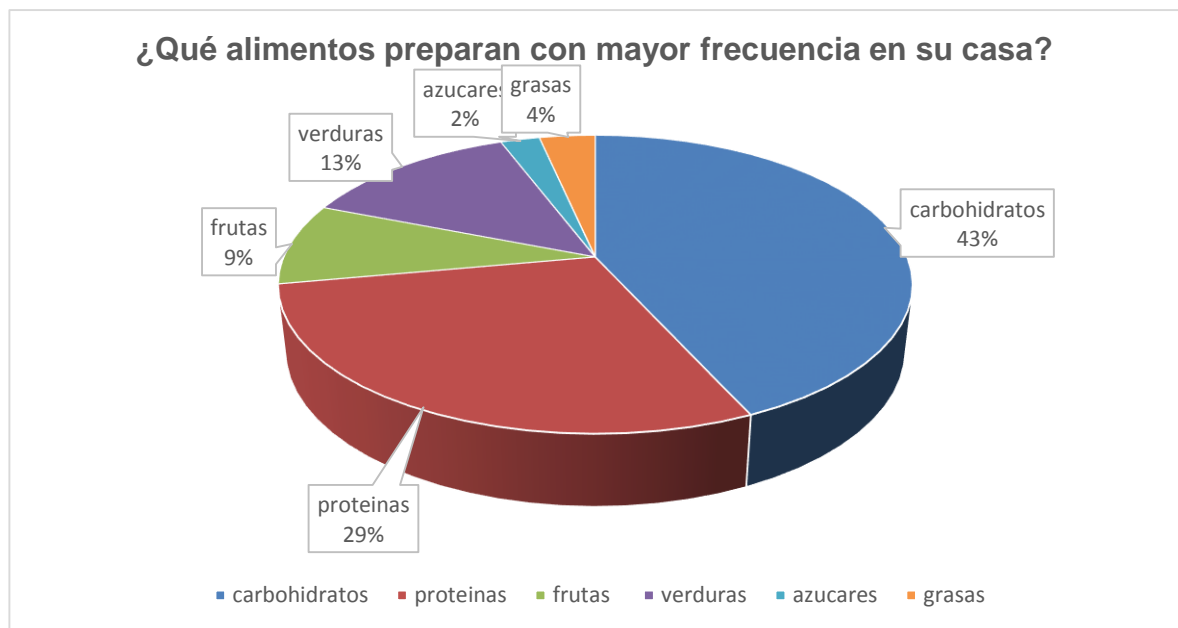
Se puede analizar que del total de estudiantes de la institución el 81% de ellos indica que han recibido educación en el colegio acerca de buenos hábitos alimenticios, el 12% indica que no ha recibido educación acerca de una alimentación saludable, y el 7% indica que en el colegio les indican que deben consumir cualquier alimento.

En México se han realizado algunos esfuerzos por implementar programas nutricionales, basados en la promoción y educación para la salud, uno de ellos el Programa de Acción Específico Escuela y Salud, que consiste en un programa aplicado por parte de los profesores a través de temas curriculares en las

⁵² Chile. Publicidad de alimentos y conductas alimentarias de escolares de 5^o a 8^o básico. Tomada en el 2003. Olivares S, Yáñez R, Díaz N.

instituciones escolares de nivel básico y responde a una estrategia integral que identifica varios determinantes de salud. En este sentido su objetivo reside en impulsar conocimientos en materia de alimentación para generar hábitos y cambios en los niños para disminuir el incremento de la obesidad.⁵³

Grafica 10. ¿Qué alimentos preparan con mayor frecuencia en su casa?



ANÁLISIS

En los alimentos que se preparan en el hogar se encuentra con mayor frecuencia los alimentos ricos en carbohidratos en un 43%, los alimentos ricos en proteínas en un 29%, las verduras en un 13%, las frutas en un 9%, los alimentos ricos en grasas en un 4% y los azúcares en un 2%.

⁵³ México. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Tomada en el 2012. Adriana Macías, Lucero Gordillo, Esteban Camacho.

El fomento de las dietas saludables y la actividad física regular son factores esenciales en la lucha contra la epidemia de obesidad infantil. Los padres pueden influir en el comportamiento de sus hijos poniendo a su disposición en el hogar bebidas y alimentos saludables y apoyando y alentando la actividad física. Al mismo tiempo, se recomienda a los padres que tengan un estilo de vida saludable y lo fomenten, puesto que el comportamiento de los niños suele modelarse a través de la observación y la adaptación.⁵⁴

Grafica 11. La preparación de los alimentos en su casa



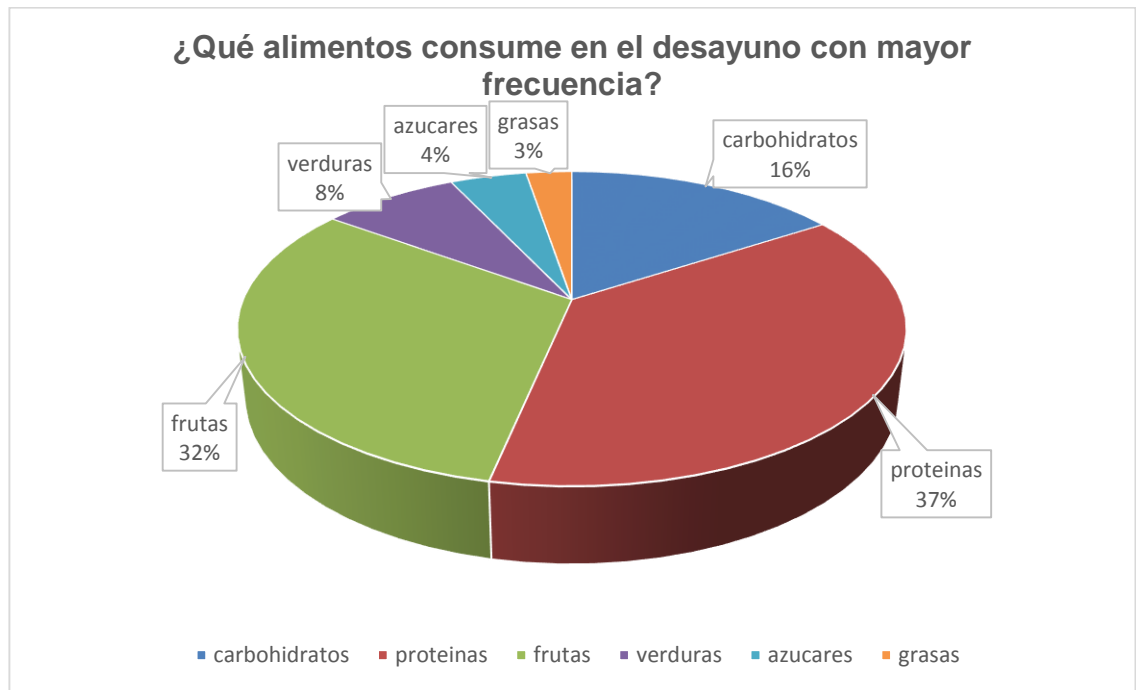
ANÁLISIS

Al 97% de los estudiantes de la institución le gusta la preparación de los alimentos en su casa, y al 3% no le gusta la preparación de los alimentos en su casa.

⁵⁴ OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Tomada en el 2016. http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_parents/es/

Podemos analizar que los niños se encuentran satisfechos con la manera en que les preparan los alimentos en su hogar.

Grafica 12. ¿Qué alimentos consume en el desayuno con mayor frecuencia?



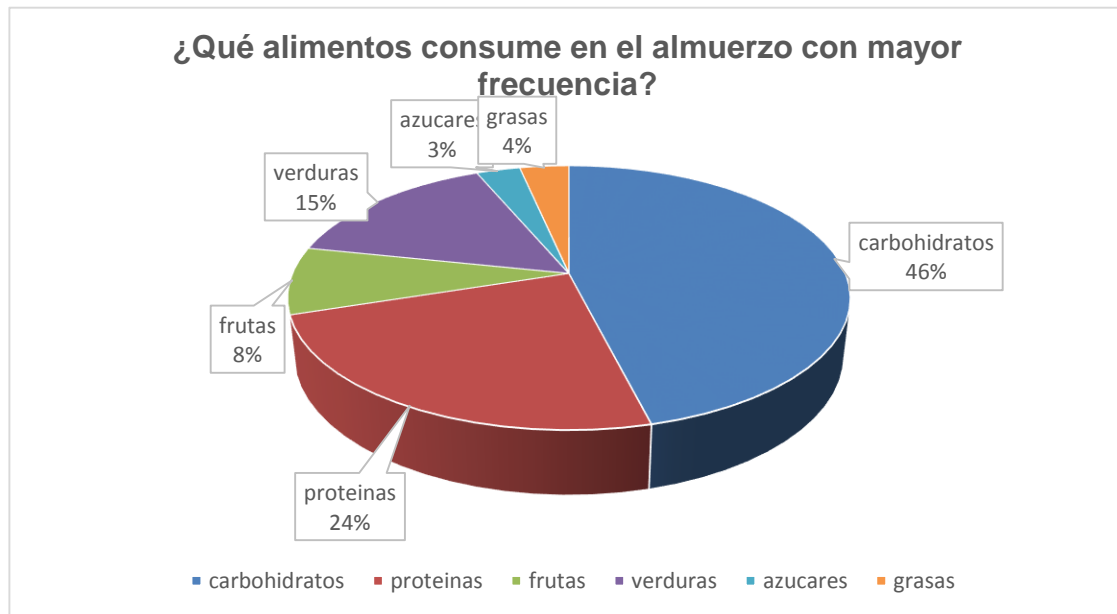
ANÁLISIS

Los alimentos que consumen en el desayuno con mayor frecuencia son: en un 37% alimentos ricos en proteínas, en un 32% consumen frutas, en un 16% consumen alimentos ricos en carbohidratos, en un 8% verduras, en un 4% alimentos ricos en azúcares, y en un 3% alimentos ricos en grasas.

El desayuno es una de las tomas del día más importantes y debería cubrir, al menos el 25% de las necesidades nutritivas del escolar. El tipo de alimentos que lo componen, al ser generalmente muy del gusto de los niños. En España, entre un

10% y un 15% de los niños no desayunan y de un 20% a un 30% lo hacen de manera insuficiente; es, pues, muy importante que la familia tome conciencia del problema.⁵⁵

Grafica 13. ¿Qué alimentos consume en el almuerzo con mayor frecuencia?



ANÁLISIS

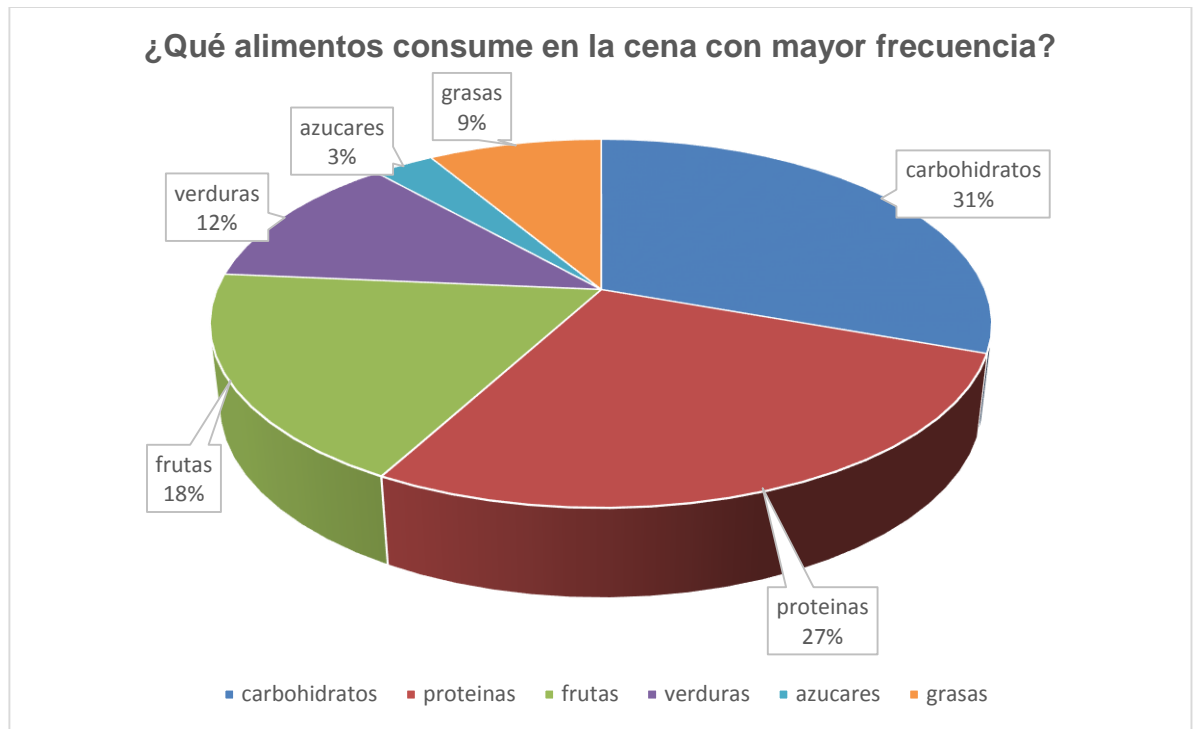
Los alimentos que consumen en el almuerzo con mayor frecuencia son: en un 46% alimentos ricos en carbohidratos, en un 24% alimentos ricos en proteínas, en un 15% consumen verduras, en un 8% frutas, en un 4% alimentos ricos en grasas, y en un 3% alimentos ricos en azúcares.

La comida del media día es la más consistente. Al menos, ha de cubrir el 35% al 40% de las necesidades nutricionales diarias del niño. Cada vez es más frecuente

⁵⁵ España. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Tomado en el 2005. Consuelo López Mondedeo

que los niños coman en el centro escolar. Igualmente deberán tener en cuenta el menú diario para completarlo adecuadamente con las restantes comidas siendo la fruta el postre habitual.⁵⁶

Grafica 14. ¿Qué alimentos consume en la cena con mayor frecuencia?



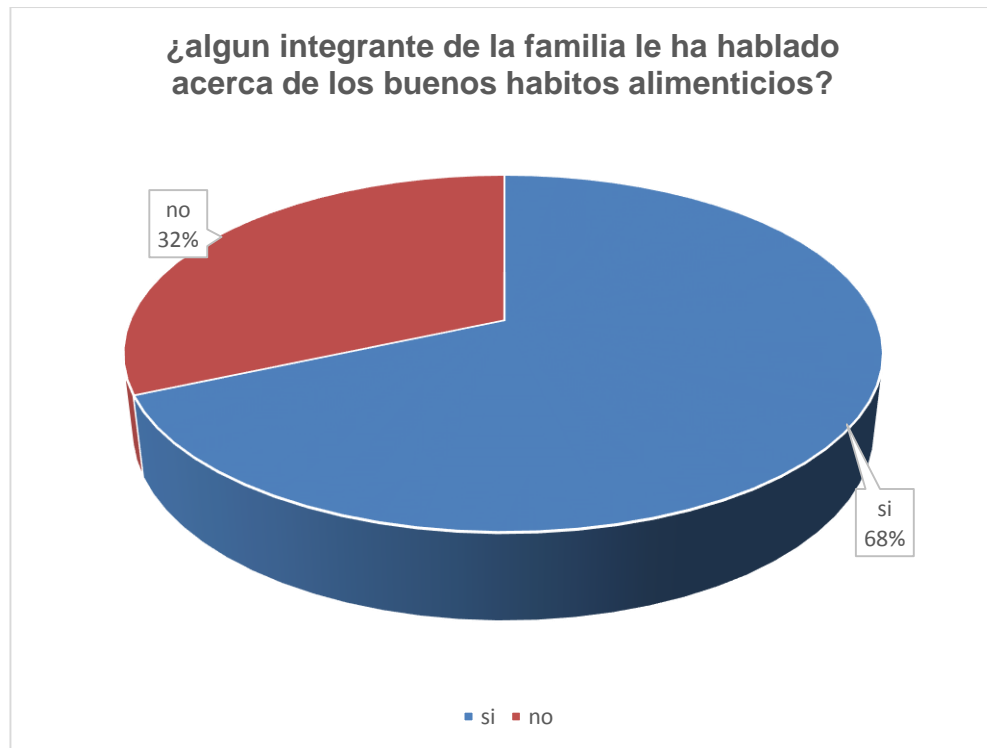
ANÁLISIS

Los alimentos que consumen en la cena con mayor frecuencia son: en un 31% alimentos ricos en carbohidratos, en un 27% alimentos ricos en proteínas, en un 18% consumen frutas, en un 12% consumen verduras, en un 9% alimentos ricos en grasas, y en un 3% alimentos ricos en azúcares.

⁵⁶ España. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Tomado en el 2005. Consuelo López Mondedeo

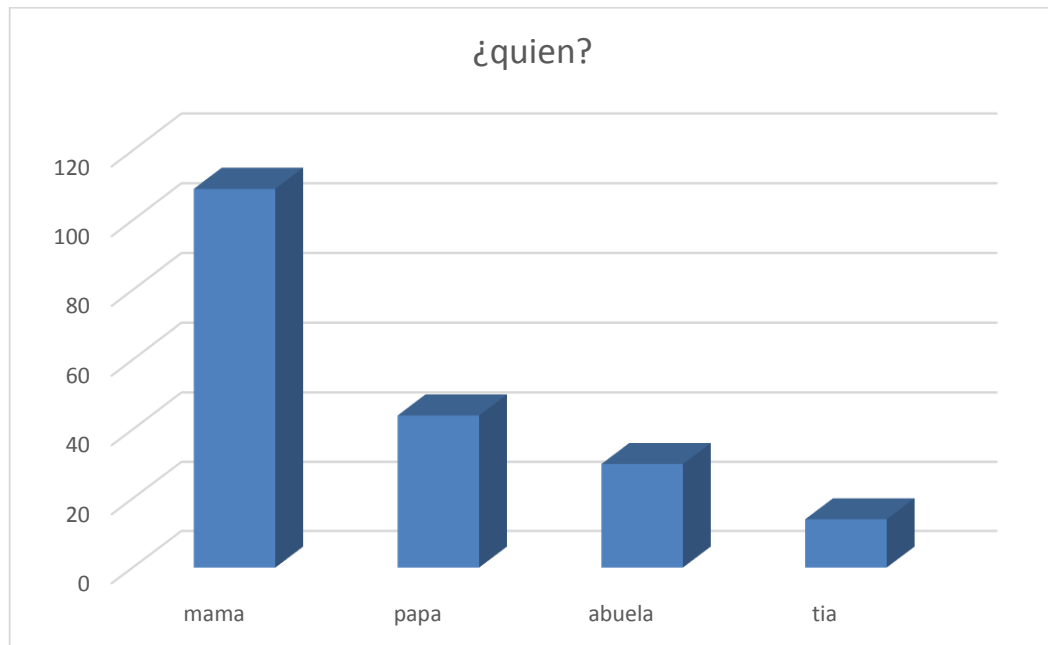
La cena se elegirá en función de los alimentos ya tomados en las otras comidas del día. Debe ser consumida a una hora no muy tardía para evitar que la proximidad al momento del sueño impida que los niños duermas bien. Como platos propios de la cena se sugieren purés, sopa o ensaladas, y, como complemento, carne, huevo, y pescado dependiendo de lo que haya tomado en la comida del medio día y como postre una fruta y un lácteo.⁵⁷

Grafica 15. ¿Algún integrante de la familia le ha hablado acerca de los buenos hábitos alimenticios?



⁵⁷ España. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Tomado en el 2005. Consuelo López Mondedeo

Grafica 16. ¿Quién le habla de los hábitos alimenticios?



ANÁLISIS

El 68% de los estudiantes respondió que la familia alguna vez les ha educado acerca de los buenos hábitos alimenticios, y el 32% respondió que no les han educado acerca de los buenos hábitos alimenticios. Según el estado del arte, la educación de la familia influye en las conductas que los escolares adopten.

La educación nutricional es necesaria en todos los ámbitos para proteger la salud de la población; No solo las madres, sino también sus esposos, las familias, la comunidad y los asesores profesionales deben entender que la vida y el futuro de sus hijos dependen de lo que coman. Quienes tienen a su cargo niños y jóvenes

también deber recibir educación nutricional; la familia y los maestros han de aprender no solo a comer bien ellos mismo si no a ser fuentes de educación al respecto.⁵⁸

Grafica 17. ¿Quién prepara los alimentos en su hogar?



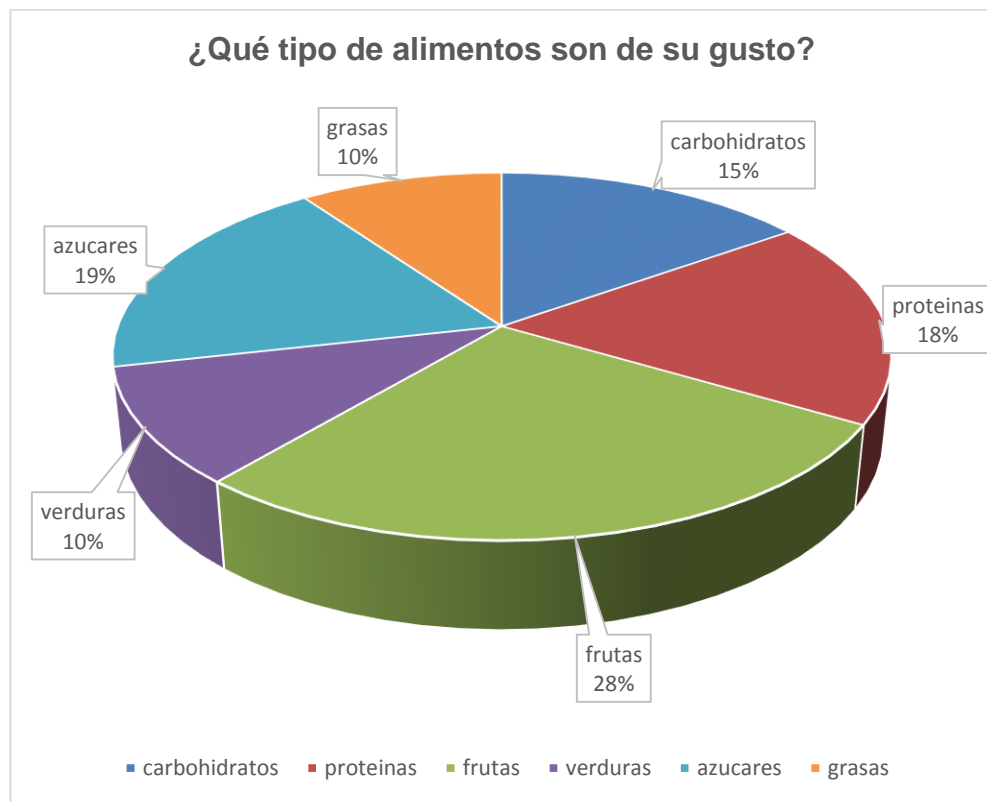
ANÁLISIS

En cuanto a la persona que prepara los alimentos en la casa predomina con un 62% la mamá, seguido de la abuela con un 19%, después viene el papa con un 16%, y de últimas encontramos a la tía con un 2% y a la hermana con un 1%.

⁵⁸ Roma. La importancia de la educación nutricional. Tomada en el 2011. FAO, organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura.

La influencia de la madre es bastante fuerte en esta etapa ya que ella es quien decide los alimentos que compra de acuerdo con su capacidad económica, disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencia que tenga para la selección de alimentos. En la etapa escolar “el mundo del niño se amplía, al igual que las oportunidades de comer fuera del ambiente familiar y se expone a diferentes alimentos y diversas formas de prepararlos, con distintos horarios y lugares”.⁵⁹

Grafica 18. ¿Qué alimentos son de su gusto?



⁵⁹ Colombia. La alimentación y la nutrición del escolar. Universidad de Antioquia, facultad de enfermería. Tomada en el 2013. Sandra Restrepo Mesa

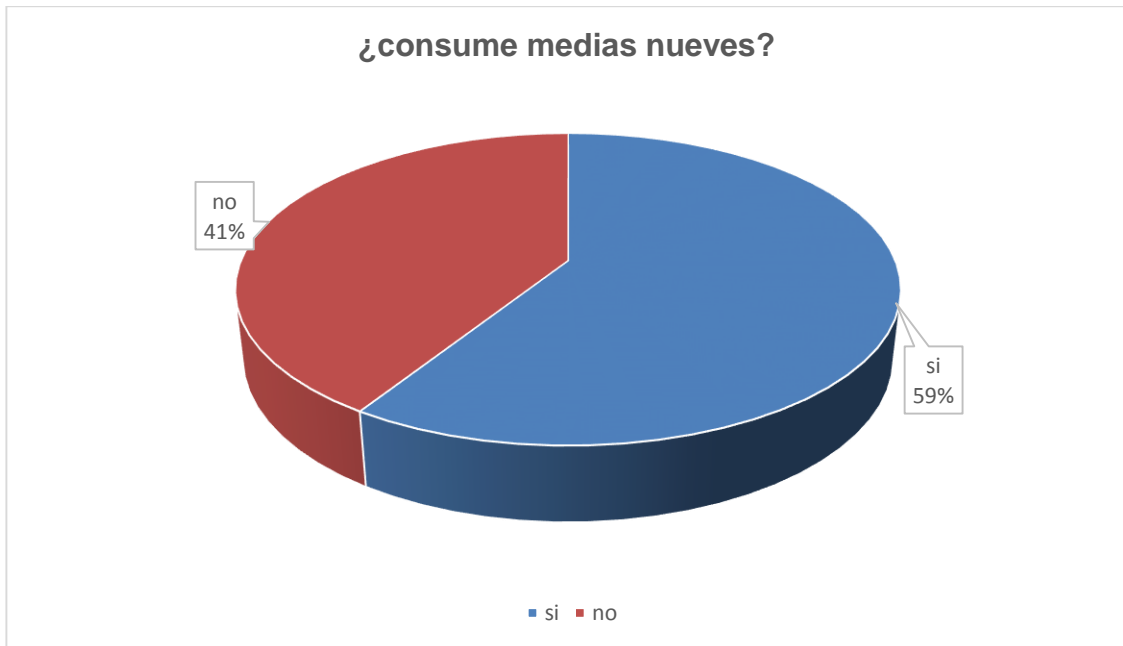
ANÁLISIS

Los alimentos que son de preferencia para los niños son en un 28% las frutas, en un 19% los alimentos ricos en azúcares, en un 18% los alimentos ricos en proteínas, en un 15% los alimentos ricos en carbohidratos, en un 10% los alimentos ricos en grasas y en un 10% las verduras.

Los alimentos reportados como los de mayor gusto por los niños, se encontraron frutas con el 60,4%, la carne y el pollo con el 33% y las comidas rápidas (perro caliente, hamburguesas, papas fritas, entre otros) con el 24,4%. Las razones relacionadas con la preferencia estuvieron dadas por: “Sabor”, para manzana, ensaladas de frutas, dulces, comidas rápidas, “me alimentan” para zanahoria, frutas, lácteos, “Porque me gustan”, para frutas, helados, queso, carne, frijol, pasteles, “son saludables” frutas, lechuga, carne y pollo.⁶⁰

⁶⁰ Colombia. percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios estado nutricional y práctica de actividad física en población de 9-11 años del colegio cedido ciudad BOLÍVAR, BOGOTÁ. Tomada en el 2011. Diana Milena Rojas.

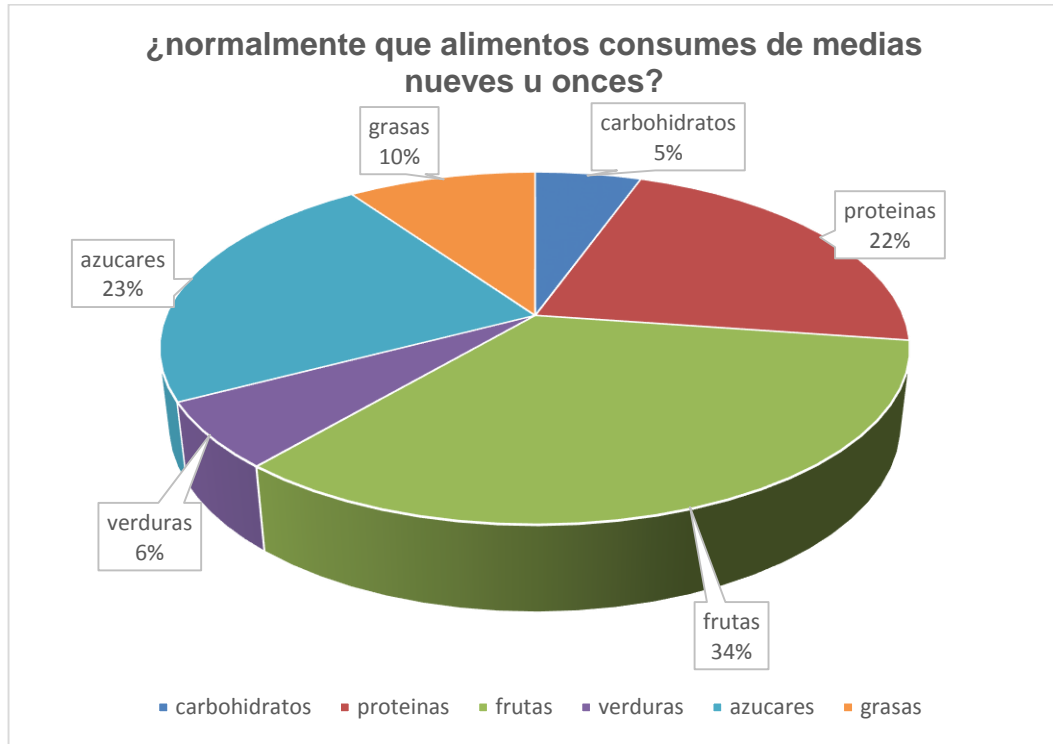
Grafica 19. ¿Consume medias nuevas?



ANÁLISIS

El 59% de los estudiantes de la institución educativa indicaron que si consumen onces o medias nuevas en la casa, y el 41% de los estudiantes indicaron que no consumen medias nuevas u onces.

Grafica 20. ¿Normalmente que alimentos consumes de medias nueves u onces?

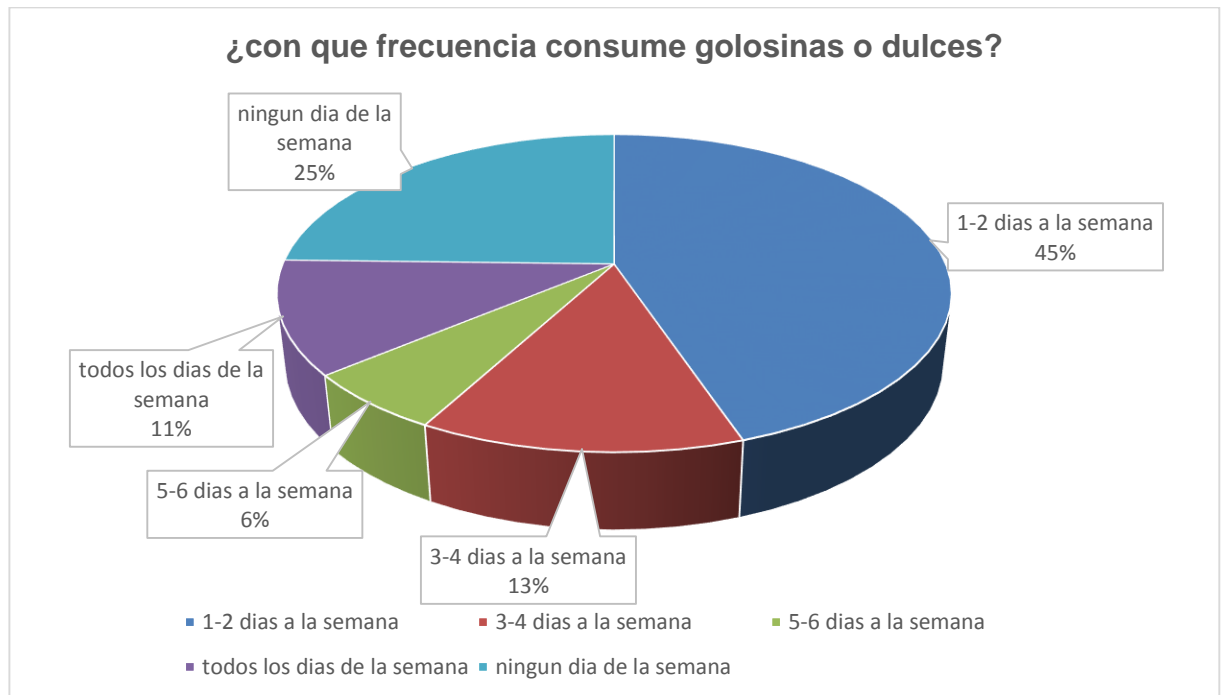


ANÁLISIS

El 59% de los estudiantes de la institución educativa consumen medias nueves u onces en su hogar, y el 41% no consume onces o medias nueves. Los alimentos que más prevalecen a la hora de tomar las medias nueves son; las frutas con un 34%, seguido de los alimentos ricos en azúcares con un 23%, después están los alimentos ricos en proteínas con un 22%, alimentos ricos en grasas con un 10%, verduras con un 6% y alimentos ricos en carbohidratos con un 5%.

La merienda suele ser muy bien aceptada por los niños y puede complementar la dieta, porque permite incluir productos de gran interés nutricional: lácteos, frutas naturales, bocadillos, entre otros. La merienda no debe ser excesiva para que los niños mantengan el apetito a la hora de la cena.⁶¹

Grafica 21. ¿Conque frecuencia consume golosinas o dulces?



ANÁLISIS

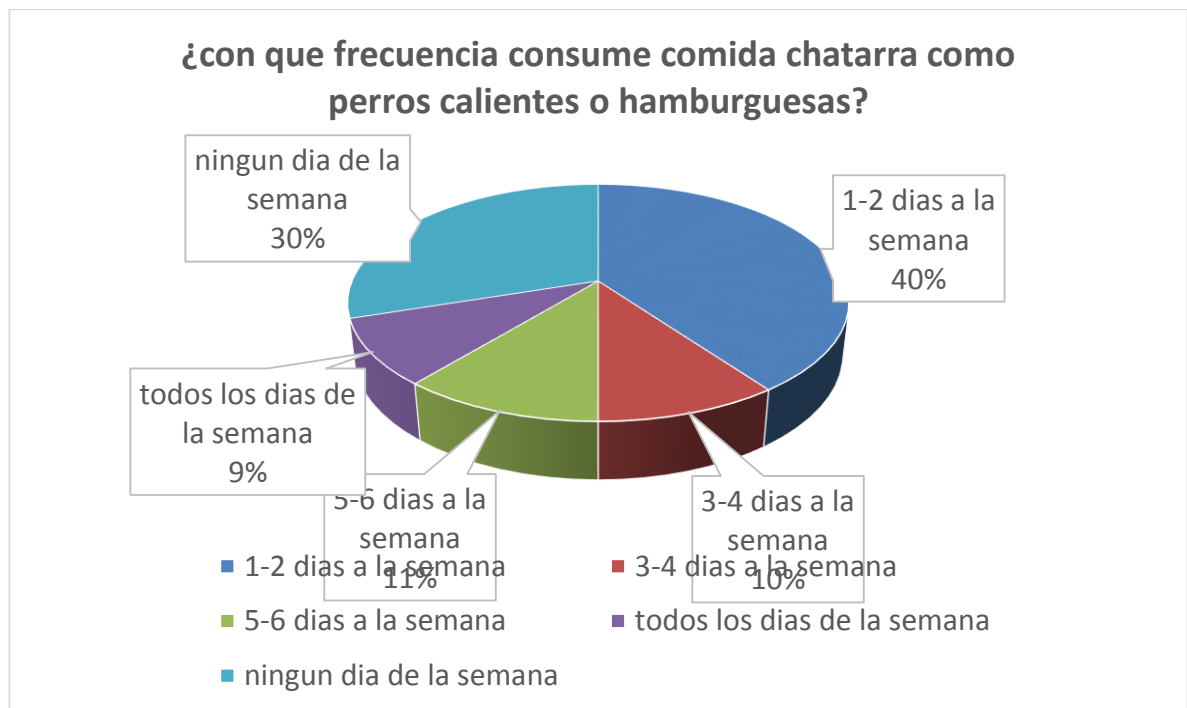
En cuanto a la frecuencia con la que los niños consumen dulces o golosinas, se encontró que el 45% de los niños consumen golosinas 1 o 2 días a la semana, el 25% de los niños no consumen golosinas ningún día de la semana, el 13% de los niños consumen golosinas 3 o 4 días a la semana, el 11% de los niños consumen

⁶¹ España. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Tomado en el 2005. Consuelo López Mondedeo

golosinas todos los días, y el 6% de los niños consumen golosinas 5 o 6 días a la semana.

Estos productos tienen alto contenido energético pero escaso valor nutritivo. Son productos muy publicitados y baratos, esto hace que sean consumidos en exceso. En un estudio realizado, el consumo más sobresaliente es el de bebidas azucaradas. Los obesos presentaron un consumo semanal de bebidas azucaradas de 12.64 veces/semana. El grupo de sobrepeso tuvo un consumo similar, 10.62 veces por semana.⁶²

Grafica 22. ¿Con que frecuencia consume comida chatarra?



⁶² Colombia. Descripción del consumo de azúcares y dulces en alumnos de siete a catorce años con obesidad y sobrepeso del colegio winchester de Bogotá Colombia. Tomado en el 2010. Viviana Roció Arias.

ANÁLISIS

En cuanto a la frecuencia con la que los niños consumen comida chatarra, se encontró que el 41% de los niños la consume 1 o 2 días a la semana, el 31% no lo consume ningún día a la semana, el 10% de los niños la consume 3 o 4 días a la semana, otro 10-5 la consume 5 o 6 días a la semana, y el 8% la consume todos los días de la semana.

Se estudió una muestra a conveniencia de 202 niños que reunieron los criterios de estudio, sin diferencia significativa en cuanto a edad. Se analizó la proporción de sujetos normales, con sobrepeso y obesidad de acuerdo a la frecuencia de la ingesta de comida rápida. Se encontró una asociación significativa entre el consumo de comida rápida y el nivel de peso. En ambos sexos, la diferencia observada es atribuible a un incremento en la proporción de sujetos obesos en el grupo con frecuente consumo de comida rápida.⁶³

⁶³ México. Obesidad en la población escolar y la relación con el consumo de comida rápida. tomado en el 2010. Guzmán Angélica

1.14 CONCLUSIONES

- ❖ La totalidad de los niños encuestados fue 183 estudiantes, de esta cantidad hay 96 niños donde se encontró que el 28,1% que equivale a 27 estudiantes presenta sobrepeso y el 14,6% que equivale a 14 estudiantes presenta obesidad; el resto de estudiantes son niñas que en su totalidad suman 87 donde se encontró que el 16,1% que equivale a 14 estudiantes presenta sobrepeso y el 3,2% que equivale a 3 estudiantes presenta obesidad; lo que nos indica que del total de la población el 31,7% de los estudiantes se encuentran en sobrepeso u obesidad.
- ❖ Estas altas cifras de niños con malnutrición por exceso constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus, entre otros; expertos en nutrición, consideran que las altas tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad serían un fracaso de las políticas sanitarias y de educación, lo que hace necesario el planteamiento de políticas de alimentación.
- ❖ Los alimentos que los niños consumen todos los días en su casa debido a que son los que se preparan con mayor frecuencia, encontramos los alimentos ricos en carbohidratos con una frecuencia del 43%, los alimentos ricos en proteínas con una frecuencia del 29%, las verduras con una frecuencia del 13%, las frutas con una frecuencia del 9%, los alimentos ricos en grasas con una frecuencia del 4% y los azúcares con una frecuencia del 2%.
- ❖ Se puede concluir que los alimentos que los niños consumen con mayor frecuencia en su hogar son los carbohidratos: azúcares y almidones (arroz, papa, yuca, plátano, entre otros), lo que nos indica que a pesar de que son una gran fuente de energía para el cuerpo humano, que consumidos en exceso y si

no se queman esas calorías se acumulan en el cuerpo en forma de grasa lo que conlleva a que la persona sufra de sobrepeso u obesidad.

- ❖ En cuanto a la frecuencia con la que los niños consumen dulces o golosinas, se encontró que el 45% de los niños consumen golosinas 1 o 2 días a la semana, el 25% de los niños no consumen golosinas ningún día de la semana, el 13% de los niños consumen golosinas 3 o 4 días a la semana, el 11% de los niños consumen golosinas todos los días, y el 6% de los niños consumen golosinas 5 o 6 días a la semana.

- ❖ En cuanto a la frecuencia con la que los niños consumen comida chatarra, se encontró que el 41% de los niños la consume 1 o 2 días a la semana, el 31% no lo consume ningún día a la semana, el 10% de los niños la consume 3 o 4 días a la semana, otro 10-5 la consume 5 o 6 días a la semana, y el 8% la consume todos los días de la semana.

- ❖ De estos hallazgos se puede concluir que los estudiantes de esta institución consumen con gran frecuencia golosinas y comida chatarra, los cuales son alimentos que proporcionan una gran fuente de energía, que si no se gastan por medio de la actividad física y se consumen en exceso, son precursores de la obesidad y el sobrepeso.

- ❖ Los hallazgos permiten concluir que no son muchas las familias que estimulan las operaciones estimativas de autocuidado en sus hijos. Es decir, no incentivan en sus hijos la obtención de información ni la adquisición de conocimientos en relación al tema de la nutrición, lo que podría afectar el cumplimiento de ciertos requisitos de autocuidado de acuerdo al modelo de Orem. Las operaciones

estimativas de autocuidado, que incluyen el pensar, evaluar y deliberar, son la base, que junto a las operaciones transicionales y productivas, los componentes de poder y las capacidades y disposiciones fundacionales, aseguran el desarrollo de acciones de autocuidado.

- ❖ La definición de autocuidado de Orem como la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar hace tomar conciencia que el autocuidado de la salud, es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y decidir en forma deliberada un curso de acciones apropiadas en beneficio de su salud y bienestar.

1.15 RECOMENDACIONES

- ❖ Las altas tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de edad reflejan el fracaso o la ausencia de políticas sanitarias y de educación, lo que hace necesario el planteamiento de políticas de alimentación, lo que contribuirá a diseñar estrategias más efectivas para la promoción de una alimentación saludable, con el fin de disminuir la alta prevalencia de la Obesidad y Sobrepeso.
- ❖ Se debe contratar a una nutricionista que asesore y supervise la cantidad y los tipos de alimentos que le ofrece el restaurante escolar a los estudiantes de la institución, con el fin de garantizar un suministro de alimentos adecuados para la edad que suplan las necesidades del organismo en esa etapa de la vida, proporcionando una dieta sana y balanceada.
- ❖ La institución debe crear reglas o lineamientos que el personal del restaurante escolar debe seguir acerca de los alimentos o productos que se deben ofrecer, con el fin de disminuir la cantidad de golosinas, grasas, carbohidratos u otros alimentos que no son nutritivos y que los niños los consumen con gran frecuencia, y así aumentar el consumo de frutas, proteínas y otros productos que sean nutritivos y le garanticen a los estudiantes el consumo de una dieta sana.
- ❖ El ente territorial debe crear o incrementar las jornadas de educación acerca de una alimentación sana y balanceada, no solo a los estudiantes de las diversas instituciones, sino también a los familiares de estos niños ya que ellos son el principal modelo a seguir y son quienes les brindan las bases de lo que serán las acciones y conductas que regirán su vida de adulto.
- ❖ La institución educativa debería crear un convenio con la UDEC, ya que no existen trabajos o actividades realizadas allí por parte de la universidad que beneficien los estilos de vida saludable en los escolares.

1.16 BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud: Obesidad en Chile, Un Problema de Salud Pública. En Cumbre de Nutrición y Salud. Chile 2013. Boletín Resultados Cumbre Nutrición y Salud (pdf)

Chile. Los efectos de un programa de educación nutricional en las prácticas de la nutrición de autocuidado de las adolescentes nicaragüenses y las prácticas de atención dependientes de la nutrición de sus madres. *Tomada en el 2012 Moore JB, Pawloski LR, Rodríguez C, Baghi H, Lumbi L, Zamora L:*

OMS. Sobrepeso y obesidad infantiles. Tomada en el 2014. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

OMS. Datos y cifras sobre obesidad infantil. Tomada en el 2014. <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>

ENSIN. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Tomada en el 2010.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Bas e%20de%20datos%20ENSIN%20%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

Obesidad, un problema que afecta a los niños. Tomada en el 2015. [Https://www.portafolio.co/tendencias/obesidad-problema-afecta-niños-64404](https://www.portafolio.co/tendencias/obesidad-problema-afecta-niños-64404)

Chile. Estado nutricional y conductas asociadas al estado nutricional en escolares. Tomada en el 2010. Sonia Jaimovich, Cecilia Campos, María Sylvia Campos, Jean Moore, Lisa Pawloski, Kathleen Gafney

Ministerio de Salud. Evaluación de los estados nutricionales de niños, niñas embarazadas mediante antropometría. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2009.

Barry CL, Brescoll VL, Brownell K, Schlesinger M. Obesity metaphors: ¿Cómo las creencias acerca de las causas de la obesidad afectan el apoyo a las políticas públicas. Milbank Q 2009

Montero J. Consideraciones acerca de la obesidad, la sobrealimentación humana y sus orígenes. En Uauy R, Carmuega E (editores): Crecimiento saludable. Entre la desnutrición y la obesidad en el Cono Sur. Buenos Aires: INTA, CESNI y Instituto Danone, 2012. Cap 12

OMS. OMS asegura que la obesidad ya es epidemia a nivel mundial. Tomada en el 2013. <http://www.docsalud.com/articulo/203/oms-asegura-que-la-obesidad-ya-es-epidemia-a-nivel-mundial>

ICBF, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (Ensin), tomada en el 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

Asociación Colombiana de endocrinología. Obesidad infantil. Tomada en el 2010. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Obesidad%20infantil.pdf>

Departamento de Cundinamarca. Análisis de la situación de salud del departamento de Cundinamarca. Tomada en el 2012. <http://www.cundinamarca.gov.co/wps/wcm/connect/d6a29064-e9d8-4efc-8b58ed702deb2cc1/2.3+ANALISIS+DE+SITUACION+DE+SALUD.pdf?MOD=AJPERES>

México. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Tomada en el 2012. Adriana Macías, Lucero Gordillo, Esteban Camacho.

Chile. Obesidad infantil. Tomada en el 2012. María Isabel Hodgson. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/obesidad.html>

Colombia. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Tomada en el 2006. Nelson Antonio Bordignon. <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Chile. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Tomada en el 2002. Jessica Osorio, Gerardo Weisstaub, Carlos Castillo. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

OMS. Obesidad. Tomada en el 2015. <http://www.who.int/topics/obesity/es/>

UNICEF. Glosario de nutrición, un recurso para comunicadores. Tomada en el 2012. http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf

Colombia. Institución educativa técnica Francisco Manzanera Henríquez. Pacto de convivencia. Protocolo de atención integral, programación curricular. Tomada en el 2015

Colombia. Ley 1355 del 2009. Tomada en el 2009. Congreso de Colombia

Colombia. Constitución política de Colombia. Tomada en 1991.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Colombia. Ley 1098 del 2006. Código de infancia y adolescencia. Tomada en el 2006. Congreso de Colombia.
<http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf>

Colombia. Ley 12 de 1991. Tomada en 1991. UNICEF.
<http://www.unicef.org/colombia/pdf/CDNparte1.pdf>

Colombia. Resolución 266 de 1996. Tomada en 1996. Congreso de Colombia.
http://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf

Colombia. Ley 911 del 2004. Congreso de Colombia. Tomada en el 2004.
http://www.unisystem.edu.co/wp-content/uploads/2014/10/ley_911_de_2004.pdf

Cuba. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Tomada en el 2014. Liliana Prado. Maricela González, Noevis Gómez, Karelía Romero

Chile. OPERACIONES DE AUTOCUIDADO ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN EN MADRES DE ESCOLARES CHILENOS. Tomada en el 2008. Cecilia Campos, Jean Moore, Lisa Pawloski, Marcela González, Kathleen Gaffney

España. Nutrición y alimentación en el ámbito escolar. Atie Barbara, Beckam Luis, Jesús Contreras, Francisco Echeverria, Manuel Espinoza, Sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación. Tomada en el 2012

Chile. Colaciones habitualmente consumidas por niños de escuelas municipalizadas; motivaciones para su elección. Tomada en el 2010. Nelly Bustos, Juliana Kain, Bárbara Leytón, Sonia Olivares, Fernando Vio

Colombia. La alimentación y la nutrición del escolar. Universidad de Antioquia, facultad de Enfermería. Tomada en el 2013. Sandra Restrepo Mesa

Chile. Publicidad de alimentos y conductas alimentarias de escolares de 5º a 8º básico. Tomada en el 2003. Olivares S, Yáñez R, Díaz N.

México. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Tomada en el 2012. Adriana Macías, Lucero Gordillo, Esteban Camacho.

OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Tomada en el 2016. http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_parents/es/

Colombia. La alimentación y la nutrición del escolar. Universidad de Antioquia, facultad de Enfermería. Tomada en el 2013. Sandra Restrepo Mesa

Colombia. Percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios estado nutricional y práctica de actividad física en población de 9-11 años del colegio cendid ciudad BOLÍVAR, BOGOTÁ. Tomada en el 2011. Diana Milena Rojas.

Colombia. Descripción del consumo de azúcares y dulces en alumnos de siete a catorce años con obesidad y sobrepeso del colegio winchester de Bogotá Colombia. Tomado en el 2010. Viviana Rocío Arias.

México. Obesidad en la población escolar y la relación con el consumo de comida rápida, tomado en el 2010. Guzmán Angélica.

España. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Tomado en el 2005. Consuelo López Mondedeo

Uauy R, Kain J, Corvalán C. ¿Cómo pueden los orígenes de la salud y la Enfermedad contribuir a mejorar la salud en los países en desarrollo? Am J Clin Nutr 2011

Rolland-Cachera M, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. los principios de rebote de la adiposidad: causas y consecuencias de la obesidad en niños y adultos. Int J Obes (Lond) 2006

Uauy R, Monteiro CA. El reto de mejorar la alimentación y nutrición en América Latina. Food Nutr Bull 2004

Victoria C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. Arch Argent Pediatr 2012

Guo S, Wu W, Chumlea W, Roche A. La predicción de sobrepeso y obesidad en la edad adulta de los valores del índice de masa corporal en la infancia y adolescencia. Am J Clin Nutr 2002

Popkin B, Adair L, Ng SW. La transición de la nutrición mundial: La pandemia de la obesidad en los países en desarrollo. Nutr Rev 2012

Durán P, Caballero B, de Onis M. La asociación entre el retraso en el crecimiento y el sobrepeso en los niños en edad preescolar de América Latina y el Caribe- frijol. Food Nutr Bull 2006

Setton D, Duran P, Otero P, Eymann A, Busaniche J, Llera J. Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes de 2 a 19 años en base a 3 criterios diferentes de clasificación y percepción del problema por los pediatras. Actas 35 Congreso Argentino de Pediatría, Rosario, 2009

Aguirre P. Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie. En: Braguinsky J (compilador). Obesidad: Saberes y conflictos. Buenos Aires: ACINDES, 2007

Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA 57.17. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004

O'Donnell AM, Britos S, Clacheo R, Grippo B, Pueyrredon P, Pujato D et al. Disponibilidad de alimentos. En: Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2004

Dattilo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Necesidad de principios de intervenciones en la prevención del sobrepeso pediátrico: una revisión y próximas direcciones. J Obesity 2012



ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SECCIONAL GIRARDOT

Investigadora Responsable:

Maricela Fernanda Alayòn Esquivel y Luisa Fernanda Díaz Díaz.

Yo _____ con documento de identidad C.C _____ otro _____ N° _____ acudiente del alumno _____ identificado con C.C _____ T.I. _____ otro _____ N° _____, certifico que he sido informado con la claridad debida respecto al trabajo de grado de las estudiantes de X semestre de la Universidad de Cundinamarca del Programa de Enfermería titulado “*CONDUCTAS NUTRICIONALES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO QUE ADOPTAN LOS ESCOLARES DE TERCERO A QUINTO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO MANZANERA HENRIQUEZ SEDE JORGE ELIECER GAITAN GIRARDOT 2015-2016*”; actuó consciente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este proceso de forma activa. Soy conecedor de la autonomía que poseo para vincular al estudiante al ejercicio académico.

Por este motivo necesitamos de toda su colaboración para realizar el correcto diligenciamiento del consentimiento informado, el cual no representara ningún riesgo para su privacidad. Esta recolección de información será confidencial manejada únicamente por las investigadoras encargadas de la recolección.

Se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, y extraída de la realización del proyecto con el alumno, lo mismo que su seguridad física y psicológica.

_____ Y _____
Investigadora Investigadora

Acudiente del estudiante

ANEXO B. CONSENTIMIENTO DE REALIZACION DE TRABAJO DE GRADO EN
LA INSTITUCION



Acudiente del estudiante

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

PROGRAMA DE ENFERMERIA

SECCIONAL GIRARDOT

Certifico que he sido informado con la claridad debida respecto al trabajo de grado de las estudiantes de X semestre de la Universidad de Cundinamarca del Programa de Enfermería titulado “*CONDUCTAS NUTRICIONALES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO QUE ADOPTAN LOS ESCOLARES DE TERCERO A QUINTO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA FRANCISCO MANZANERA HENRIQUEZ SEDE JORGE ELIECER GAITAN GIRARDOT 2015-2016*”.

Esta recolección de información será confidencial manejada únicamente por las investigadoras encargadas de la recolección de los datos, de igual forma se respetara la buena fe, confiabilidad e intimidad de la información suministrada.

Investigadoras

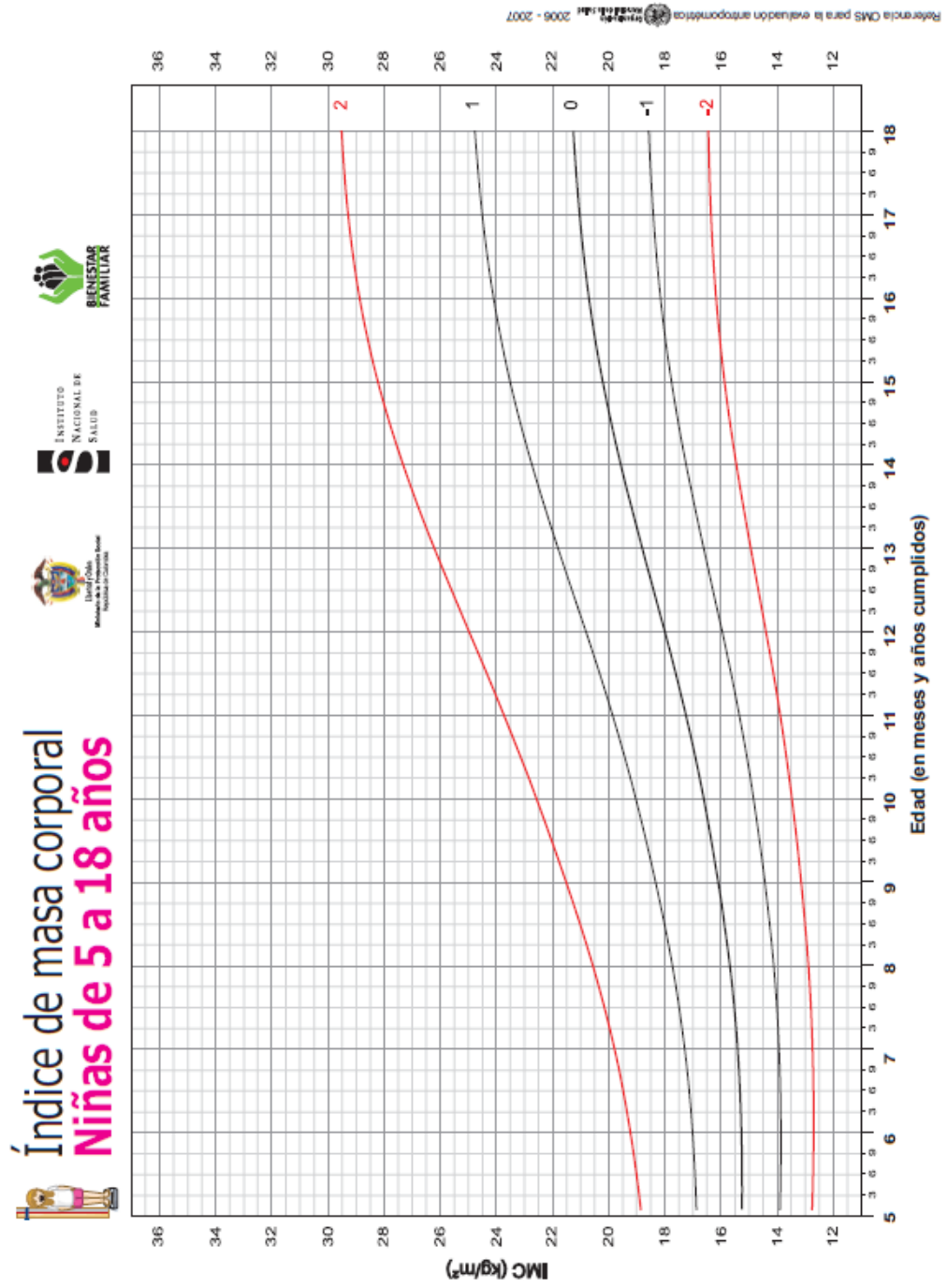
Maricela Fernanda Alayòn Esquivel
Cod.330210101

Luisa Fernanda Díaz Díaz
Cod.330211107

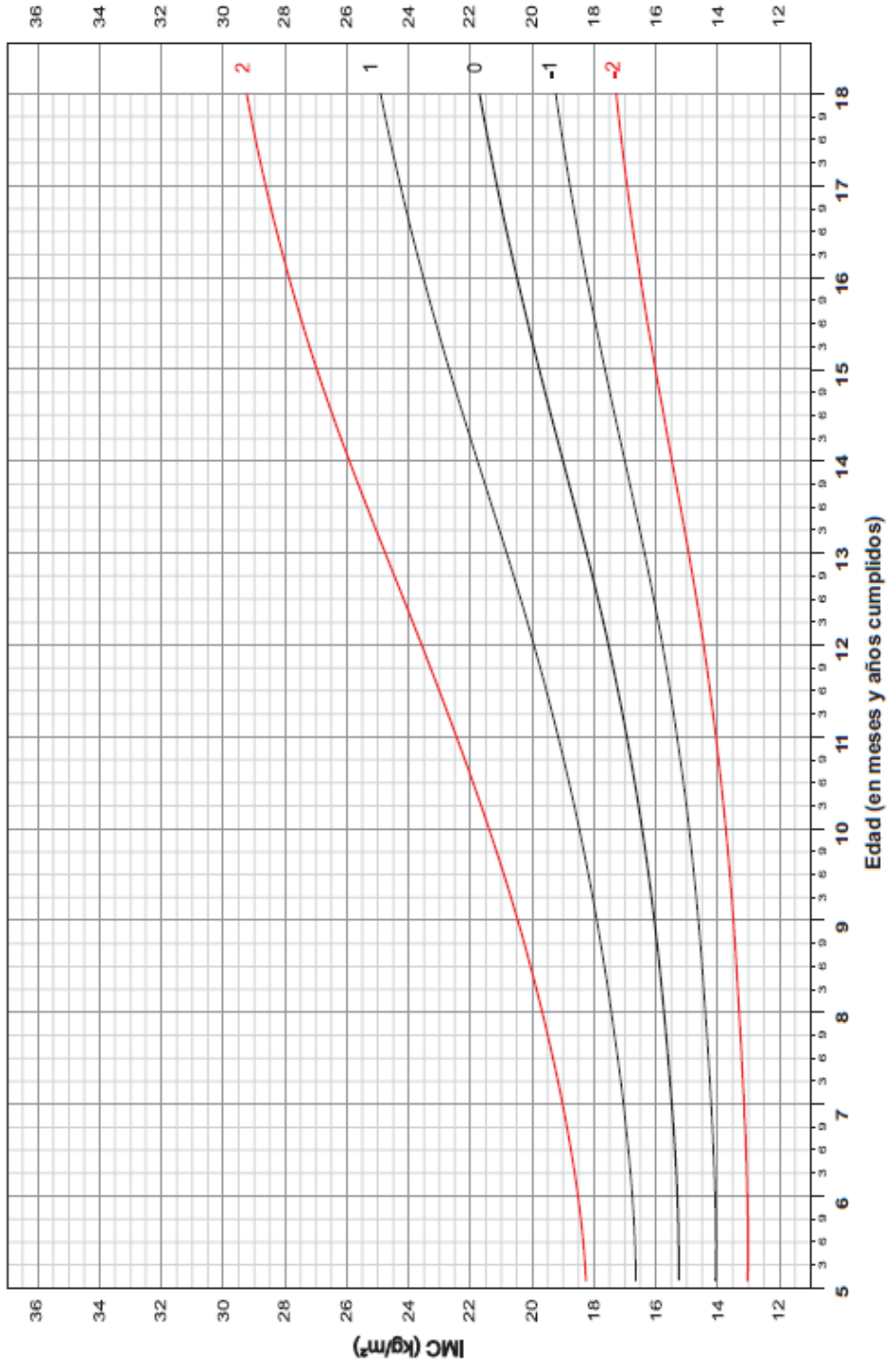
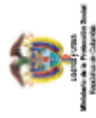
Shirley Buitrago
Enferma Especialista en pedagogía
Aspirante de maestría U. de la sabana
Docente asesora

Representante de la institución
educativa francisco manzanera
Henríquez

ANEXO C. INDICE DE MASA CORPORAL



Índice de masa corporal Niños de 5 a 18 años



ANEXO D. ENCUESTA
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA – SECCIONAL GIRARDOT
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD Y SOBREPESO QUE
PRESENTAN LOS ESCOLARES DE TERCERO A QUINTO DE PRIMARIA DEL
COLEGIO FRANCISCO MANZANERA HENRIQUEZ SEDE JORGE ELIÉCER
GAITÁN 2015 - 2016

OBJETIVO: determinar las diferentes conductas relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, que adoptan los escolares de 3° a 5° de primaria del colegio Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliécer Gaitán 2015

La encuesta consta de 21 preguntas, la mayoría son preguntas cerradas, donde la opción de respuesta es SI o NO, otras son de respuesta abierta, donde debe contestar de manera breve con sus propias palabras y las restantes son preguntas cerradas con múltiple respuesta.

ATOS PERSONALES:

GENERO:

TALLA:

EDAD:

PESO:

GRADO:

IMC:

COMPORTAMIENTOS INSTITUCIONALES

1. ¿Qué tipos de alimentos les ofrece el restaurante escolar?
 - Pan, arroz, papa, plátano, pasta
 - Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
 - Frutas
 - Verduras
 - Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
 - Fritos, comida chatarra, helado

2. ¿En que se fija usted a la hora de escoger los alimentos en la cafetería?
 - Presentación
 - Precio
 - Promoción
 - Otro, cual: _____

3. ¿Qué alimentos le ofrece la cafetería?
 - Pan, arroz, papa, plátano, pasta
 - Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
 - Frutas
 - Verduras
 - Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
 - Fritos, comida chatarra, helado

4. ¿Con que frecuencia consume los alimentos seleccionados en la cafetería?

- Una vez al día
- 2 veces al día
- Más de 2 veces al día
- Todos los días de la semana

5. ¿Lleva lonchera al colegio?

- Si
- No

Responda la pregunta 6 y 7 si la respuesta a la pregunta numero 5 fue SI

6. ¿Los alimentos que le dan en la lonchera los cambia con los de otros compañeros?

- Si
- No

Porque?-

7. ¿Frecuentemente qué alimentos contiene la lonchera?

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

8. La educación que recibe por parte del colegio está orientada a:

- Buenos hábitos alimenticios
- Consumo de cualquier tipo de alimento
- No recibe educación

COMPORTAMIENTOS FAMILIARES

9. ¿Qué alimentos preparan con mayor frecuencia?

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

10. La preparación de los alimentos en su casa:

- Le gusta
- No le gusta

11. ¿Qué alimentos consume en el desayuno con mayor frecuencia? Carbohidratos

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

12. ¿Qué alimentos consume en el almuerzo con mayor frecuencia?

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

13. ¿Qué alimentos consume en la cena con mayor frecuencia?

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chocolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

14. ¿Algún integrante de familia le ha hablado acerca de los buenos hábitos alimenticios?

- si
- no

¿Quién? _____

15. ¿Quién prepara los alimentos en su hogar?

COMPORTAMIENTOS PERSONALES

16. ¿Qué tipo de alimentos son de su gusto?

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chokolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

17. ¿Consume medias nueves u onces?

- Si
- No

18. ¿Consume medias nueves u onces?

- Si
- No

19. ¿Normalmente que alimentos consume de medias nueves u onces?

- Pan, arroz, papa, plátano, pasta
- Lácteos, huevo, carne, pescado, cereales
- Frutas
- Verduras
- Chokolatina, gaseosa, helado, dulces
- Fritos, comida chatarra, helado

20. ¿con qué frecuencia consume golosinas o dulces?

- 1 – 2 días a la semana
- 3 – 4 días a la semana
- 5 – 6 días a la semana
- Todos los días de la semana

21. ¿con qué frecuencia consume comida chatarra?

- 1 – 2 días a la semana
- 3 – 4 días a la semana
- 5 – 6 días a la semana
- Todos los días de la semana

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____