

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**APLICACIÓN DE ESTRATEGIA DE VIDA SALUDABLE PARA  
CONTRARRESTAR EL SOBREPESO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES  
INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL  
ARCO IRIS – INABIF – LIMA 2015 / 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD PÚBLICA Y  
COMUNITARIA**

**CINTHIA EMIHA ARNAO FARFÁN**

**CALLAO - 2018**  
**DEDÍ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO       | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI    | SECRETARIO |
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 141

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/03/2018

Resolución Decanato N° 660-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	23
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	24
3.1 Recolección de Datos	24
3.2 Experiencia Profesional	25
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	29
<b>V. CONCLUSIONES</b>	35
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	36
<b>VII. REFERENCIALES</b>	37
<b>ANEXOS</b>	39

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico resalta la importancia de la implementación de la estrategia de estilo de vida saludable en etapas temprana de la vida, siendo, que el problema de obesidad y sobrepeso en la niñez, viene constituyéndose en un problema de salud pública en el país. Por lo que se resalta la relevancia de la referida estrategia en el marco de la especialidad en Salud Pública y Comunitaria, la misma que repercutirá a favor de adolescentes institucionalizadas en un albergue del INABIF.

En el país a través de la Dirección de Promoción de la Salud del Minsa, en el marco del Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas viene desarrollando en la comunidad escolar, acciones educativas como son la instalación de **kioscos saludables** a favor de la alimentación saludable a fin de erradicar de manera progresiva el sobrepeso y la obesidad.

Según datos de la Encuesta Global Escolar, más de la mitad de estudiantes de segundo, tercero y cuarto grado de secundaria en el país, consumen bebidas gaseosas una o más veces al día, y que el 10.7% de este grupo poblacional consumen tres o más días a la semana comida rápida. Por lo que se demanda la prevención del sobrepeso y la obesidad, requieren de acciones individuales y conjuntas por parte de todos los sectores e instituciones involucrados.

El Ministerio de Salud afirma que los niños y niñas con obesidad y sobrepeso tienen mayor riesgo de sufrir de diabetes y padecer complicaciones. En el Perú del 2013 al 2016 se ha incrementado en 86% la cantidad de niños con diagnóstico de diabetes como consecuencia del sedentarismo y malos hábitos alimenticios. Especialistas de la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles del MINSA afirman, que el sobrepeso y la obesidad son consecuencia de un desequilibrio energético

entre las calorías que se consumen y las que gastan. Asimismo, una mala alimentación abundante en grasas saturadas, azúcares y carbohidratos son algunas de las principales causas de la obesidad en la niñez.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

El presente trabajo académico describe la presencia de obesidad y sobrepeso en niñas y adolescentes institucionalizadas en el Centro de Atención Residencial Arco Iris del Programa Nacional de Bienestar Familiar – INABIF del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerable , así mismo describe las acciones ejecutadas a favor de las niñas residentes albergadas, cuyas edades fluctúan entre 6 y 12 años de edad, condición que genera que la autoestima de las niñas se vea afectada, teniendo repercusión en su conducta, siendo agresivas, intolerantes y otras propias. Es por ello que se determina que, a fin de contrarrestar y lograr un peso ideal saludable, se implementó la estrategia de estilos de vida Saludable, en el marco de la promoción de la salud. Resaltando la incorporación de hábitos saludables.

En el Perú, según cifras del **Instituto Nacional de Salud del Perú**, la prevalencia de sobrepeso para los niños de 5 a 9 años es de 15.5% y para la población de 10 a 19 años es de 12.9%. Estas cifras son consideradas alarmantes porque los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y con probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer. Asimismo, en los últimos 10 años la proporción de niños y adolescentes que tienen diversos tipos de males se han triplicado a consecuencia de los malos hábitos alimenticios y la vida sedentaria que siguen en su rutina diaria. Para el caso de los niños, niñas y adolescentes albergados en Centro de Atención Residencial Arco Iris del INABIF. El sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados, son los principales factores

determinantes para la presencia de esta enfermedad en este grupo etareo. Por lo que es necesario la aplicación de la estrategia de estilos saludables de vida, la misma que busca incorporar en esta población de estudio hábitos, conductas y prácticas saludables como parte de un estilo de vida saludable a temprana edad.

## **1.2 Objetivo**

Describir la aplicación de la estrategia estilo de vida saludable para contrarrestar la obesidad en adolescentes institucionalizadas.

## **1.3 Justificación**

El presente trabajo académico, tiene por finalidad dar a conocer la aplicación de la estrategia de estilos de vida saludable a temprana edad en una población de niñas ya adolescentes institucionalizadas en albergues a cargo del estado peruano. Así mismo mostrar a través de esta experiencia que se tiene que trabajar en las primeras etapas de la vida, con acciones preventivas, promocionales, disminuyendo así la alta prevalencia de enfermedades no trasmisibles como todas aquellas relacionadas con la obesidad, así mismo la presente experiencia laboral servirá como referencia para otras experiencias exitosas. Recordemos que la obesidad es una enfermedad crónica, entre los tratamientos existentes más efectivos, tienen mayor efectividad a largo plazo aquellos que implican un cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, es decir, un cambio de estilo de vida. Los hábitos alimentarios los aprendemos en la infancia, en la primera década de la vida; esas conductas quedarán fuertemente fijadas y tenderemos a ejecutarlas a lo largo de la vida. La modificación de estos hábitos requiere el uso de técnicas psicológicas específicas como las incluidas en la psicoterapia cognitivo-conductual. Muchos obesos acuden a consulta con la idea de que la obesidad es un



problema independiente de las demás áreas de su vida. Muchas veces esta actitud se ve reforzada por la conducta del terapeuta, que centra la pérdida rápida de peso como objetivo único de tratamiento más que el cambio profundo de la conducta. En la presente revisión pretendemos poner a disposición algunas acciones que favorecieron en el logro de los objetivos planteados, es de reconocer que la obesidad en la población general es una epidemia mundial, que afecta tanto a los países industrializados como a los que aún padecen pobreza e inseguridad alimentaria. Aunque mucho del interés en el problema de la obesidad en niños se ha centrado en la edad escolar y adolescencia, la obesidad en niños menores de 5 años es asimismo un problema de salud pública a nivel mundial. Datos recientes de 450 encuestas en 144 países indican que en el mundo existen 43 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso y obesidad, de los cuales 35 millones se encuentran en países en vías de desarrollo. La prevalencia de exceso de peso en este grupo etareo continúa incrementándose

Así mismo la obesidad y sus complicaciones repercuten sobre la economía del país, Los niños que sufren las patologías antes mencionadas las acarrean hasta la vida adulta, aumentando así tanto los costos médicos a la sociedad y los riesgos de morbilidad temprana y mortalidad. Por ello, el contexto de la experiencia laboral se refiere principalmente a la prevención y complicaciones propias de la obesidad en las primeras etapas de la vida. La salud de estos niños depende de un conjunto de factores, no sólo biológicos, sino también psicológicos y sociales. Éstos interactúan sinérgicamente, ya sea para reforzarse o debilitarse mutuamente. En este contexto, la experiencia implica considerar todos los factores determinantes que afectan el desarrollo. Esto significa

intentar comprender las causas fundamentales de los problemas, las formas en que ellas se interrelacionan y sus múltiples impactos en los individuos, por lo que es necesario incentivar a cambios en las prácticas y actitudes poco saludables. Las mismas que lamentable tienen efectos sobre la salud mental, Los niños y adolescentes obesos están expuestos al estigmas, debido a su peso, lo que puede producir efectos psicológicos negativos, como estados depresivos, o bien psicosociales, como el aislamiento, Las consecuencias de una predisposición negativa hacia niños obesos, tales como la hostilidad o la evitación social, podrían intensificar la obesidad a través de vulnerabilidades psicológicas que incrementan las probabilidades de sobrealimentación y vida sedentaria. Está claro que una predisposición negativa, los prejuicios y la discriminación son parte de la vida cotidiana de los niños con sobrepeso. Además, en la medida en que la incidencia de la obesidad infantil ha aumentado, también se han identificado otras consecuencias tales como la apnea obstructiva del sueño, problemas ortopédicos, hiperandrogenismo, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Siendo la alimentación poco saludable y la falta de actividad física las principales causas asociadas al sobrepeso y obesidad infantil, contribuyendo sustancialmente a la carga mundial de morbilidad en población de niños en edad escolar. La alimentación y la actividad física influyen en la salud ya sea de manera combinada o cada una por separado. Siendo así, mientras que los efectos de la alimentación y la actividad física en la salud suelen interactuar, sobre todo en el caso de la obesidad, la actividad física aporta beneficios adicionales independientes de la nutrición y el régimen alimentario, y hay riesgos nutricionales considerables que no guardan relación con la obesidad. La actividad física es fundamental para mejorar la salud física y mental de los niños

Siendo el propósito relevante de esta experiencia el alcanzar y mantener un peso corporal saludable en las adolescentes logrando bienestar, previniendo la aparición de las complicaciones en el futuro, por medio de la adopción permanente de estilos de vida saludables en las adolescentes institucionalizadas en el Centro de Atención Residencial Arco Iris del INABIF.

### **IMPLICANCIA PRÁCTICA:**

- Tener sentido y objetivo de vida y planes de acción en las adolescentes institucionalizadas.
- Promover la convivencia, solidaridad y negociación
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar
- Promover el autocuidado
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad
- Realización de actividades en tiempo libre, disfrutando del ocio.
- Controlar factores de riesgo como estrés, hipertensión y otras complicaciones.

### **RELEVANCIA SOCIAL**

Disminución los costos cuantiosos al sistema sanitario del país, no sólo relacionándolos con las muertes y la carga de enfermedades concomitantes, sino con la discapacidad y la calidad de vida de la población objetiva

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### NACIONAL

Akram Hernández-Vásquez, Guido Bendezú Quispe, Deysi Díaz-Seijas, Marilina Santero, Nicole Minckas, Diego Azañedo, Daniel A. Antiporta, 2014. Análisis Espacial del sobrepeso y la obesidad infantil en el Perú.

**Objetivos.** Estimar las prevalencias regionales e identificar los patrones espaciales del grado de sobrepeso y obesidad por distritos, en menores de cinco años en el Perú durante el año 2014. **Materiales y métodos.** Análisis de la información reportada por el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del número de casos de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años registrados durante el año 2014. Se calcularon prevalencias regionales para sobrepeso y obesidad y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El índice de Moran fue utilizado para determinar los patrones de agrupación de distritos con altas prevalencia de sobrepeso y/o obesidad. **Resultados.** Se analizaron datos de 1834 distritos y 2 318 980 menores de cinco años, 158 738 casos (6,84%; IC 95%: 6,81-6,87) presentaron sobrepeso, mientras que 56 125 (2,42%; IC 95%: 2,40-2,44) obesidad. Las mayores prevalencias de sobrepeso fueron identificadas en las regiones de Tacna (13,9%), Moquegua (11,8%), Callao (10,4%), Lima (10,2%) e Ica (9,3%), y en las mismas regiones para obesidad con 5,3%; 4,3%; 4,0%; 4,0% y 3,8% respectivamente. El análisis espacial encontró agrupaciones distritales de altas prevalencias en un 10% del total de distritos tanto para sobrepeso y obesidad, identificándose 199 distritos para sobrepeso (126 urbanos y 73 rurales), y 184 para obesidad (136 urbanos y 48 rurales). **Conclusiones.** Se identificó las mayores prevalencias de

sobrepeso y obesidad en regiones de la costa peruana. Asimismo, estas regiones son las que exhibieron predominantemente una agrupación espacial de distritos con altas prevalencias de sobrepeso y obesidad.

Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013 INS-MINSA **objetivos:** Describir el estado nutricional de la población peruana por etapas de vida a nivel nacional. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyó a todos los miembros residentes en los hogares de la muestra de la Encuesta Nacional de Hogares. Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. El total de hogares incluidos fue de 11 358. Las mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. Para evaluar el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad se calcularon los coeficientes Z de talla/edad, peso/edad y peso/talla usando los estándares de crecimiento infantil de NCHS y los coeficientes Z de la Organización Mundial de la Salud 2006, utilizando el OMS Anthro versión 3.0.1. La clasificación de niños y niñas según las puntuaciones Z para desnutrición crónica fue  $Z_{T/E} < -2$ , desnutrición global  $Z_{P/E} < -2$ , Desnutrición aguda  $Z_{P/T} < -2$  y sobrepeso  $Z_{P/T} > 2DE$ . La evaluación nutricional de los niños y adolescentes de 5 a 19 años se realizó mediante los coeficientes Z del IMC para la edad. La evaluación nutricional de los adultos y adultos mayores se realizó mediante el IMC. Se realizó el análisis para muestras complejas en SPSS y se ajustó por factor de ponderación. Se calculó estadísticas descriptivas con intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** La desnutrición crónica fue de 17,7% (IC95%: 16,0-19,6) siendo tres veces más alta en la zona rural que en la zona urbana y afectó más a los niños menores de 5 años en pobreza extrema. El exceso de peso fue 6,4% (IC95%:

5,2-7,9), El sobrepeso en los niños de 5 a 9 años fue de 18,3% (IC95%: 16,3-20,4) y la obesidad de 11,1% (IC95%: 9,5-13,0). El sobrepeso en adolescentes fue de 17,5% (IC95%: 16,2-18,9) y la obesidad fue de 6,7% (IC95%: 5,8-7,7). La prevalencia de sobrepeso en los jóvenes fue de 30,7% (IC95%: 28,8-32,7) y la obesidad de 9,9% (IC95%: 8,7-11,4), el sobrepeso en los adultos fue 44,7% (IC95%: 43,4-46,0) y obesidad fue 23,1% (IC95%: 21,9-24,2). Uno de cada dos adultos mayores presentó adelgazamiento siendo mayor en las regiones de la sierra y selva, y los que se encontraron en situación de pobreza y pobreza extrema. El sobrepeso en adultos mayores fue de 21,4% (IC95%: 19,6-23,2) y obesidad de 11,9% (IC95%: 10,6-13,2). El sobrepeso y la obesidad afectaron más a la población peruana que residió en el área urbana, la costa, Lima metropolitana y no pobre. El 30,2% (IC95%: 27,6-32,8) de mujeres jóvenes presentó alto riesgo de enfermar según perímetro abdominal, y el 25% (IC95%: 22,6-27,6) muy alto riesgo. En las mujeres adultas el 24,9% (IC95%: 23,5- 26,4) presentó riesgo alto y el 58% (IC95%: 56,3-59,8) riesgo muy alto de enfermar según perímetro abdominal. El riesgo muy alto afectó más a las mujeres adultas del área urbana y sin pobreza, afectando también a las mujeres adultas mayores donde el 57,6% (IC95%: 54,8-60,4) presentó muy alto riesgo de enfermar. El 33,4% (IC95%: 31,0-35,8) de niños menores de 5 años presentó anemia, siendo mayor en los dos primeros años de vida (58,4 y 47,4%), ésta fue mayor en el área rural, en las regiones de la sierra y selva y en los niños pobres. La anemia en mujeres de 15 a 49 años fue de 20,5% (IC95%: 19,3-21,8), siendo similar tanto en el área urbana como rural, el 30,1% (IC95%: 22,9-38,6) de las gestantes presentaron de anemia. **Conclusiones:** Los problemas nutricionales por deficiencia y por exceso de peso coexisten en el Perú, constituyéndose el sobrepeso y la obesidad como un problema de

salud pública, existiendo además un alto y muy alto riesgo de enfermar en la población adulta. La anemia es un problema moderado de salud pública en los niños, las mujeres en edad fértil y gestantes peruanas.

## **INTERNACIONAL**

**1945**, el término promoción de la salud fue planteado por primera vez Cuando Henry E. Sigerest definió las cuatro tareas esenciales de la medicina siendo estas promociones de la salud, prevención de la enfermedad el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

**1974**, la promoción de la Salud se presenta como un área de trabajo organizada través de un documento del Ministerio de Canadá denominada una "Nueva perspectiva de salud de los canadienses" conocida como el **informe de Lalonde**. Este considera como una estrategia gubernamental dirigida a la solución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver con cambios del estilo de vida o comportamientos, como el consumo de alcohol, tabaco, dieta, comportamiento sexual, la propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en el que las personas vivan cotidianamente (Gómez Zamudio, 1998) (1)

**1978**, se suscribe la **Declaración de Alma –Ata**, en la expresan la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en Salud. En la Declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental y no un privilegio de pocos (OPS/OMS, 1994)

**1986**, tuvo lugar la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en el marco de dicha conferencia, se

elaboró la **carta de Ottawa** en la que se hacen importantes aportes para el concepto de Promoción de Salud. (2)

**1988**, En la Segunda Conferencia de Promoción de la Salud, realizada en **Adelaida** se exploró con mayor profundidad como las políticas públicas de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud y como se constituyen en un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas.

**1991**, En la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Sundavall, se enfatizó el compromiso por desarrollar ambientes que apoyen la salud (Restrepo, 2001)

## **2.2 Marco Conceptual**

La estrategia de estilo de Vida Saludable se enmarca en el enfoque de Promoción de la Salud, el mismo que tiene como antecedentes:

### **BASE TEÓRICA (NOLA PENDER )**

1975: Publico "un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva"1982: 1ra. Edición del modelo de Promoción de Salud.

1996: 2da edición del modelo de Promoción de Salud.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. ***"hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados, porque de ese modo, hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente, y se mejora hacia el futuro"***

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías:



- La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo.
- La segunda es la Acción Planteada: la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad.
- La tercera es la Teoría Social-Cognitiva la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano. ella afirma que la valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:
  - Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados.
  - La presencia de barreras para la acción.
  - La auto-eficacia; Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción
  - Las influencias interpersonales.
  - La edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona.
  - El Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona.
  - La Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no
  - Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable.

La aplicación del Modelo de Promoción de la salud de Pender, es un marco integrador de la valoración de conductas en las personas, ella considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: Las características y experiencias individuales, La cognición y motivaciones específicas de la conducta y el resultado conductual.

### **ANÁLISIS RESPECTO A LA REALIDAD NACIONAL**

En el Perú desde el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos conceptos, enfoques, y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud, guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades. Esto ha demandado desarrollar estudios sobre la dinámica social del desarrollo local, sobre el comportamiento de las personas, hábitos y costumbres, así como el manejo de metodologías y tecnologías de educación, comunicación y de participación comunitaria entre otras. El objetivo fundamental en estos esfuerzos ha sido tratar que la población adquiriera responsabilidad sobre su propia salud y participe en las actividades comunitarias dirigidas a ese fin.

En el Perú, es a partir de la década de los 70 - 80 que el Ministerio de Salud incorpora en sus diferentes programas de salud contenidos de orden social con la finalidad de impulsar el desarrollo comunitario. Como resultado de la Conferencia de Alma Ata (1978) recobra importancia la participación de la comunidad en los

programas de salud, aunque aún bajo la asistencia técnica del sector salud en las decisiones de la comunidad, lo cual no contribuía necesariamente a impulsar procesos de empoderamiento comunitario. En la década del 90 se impulsa la estrategia del Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, (SILOS), dándole particular importancia a las acciones orientadas a facilitar la participación de la población en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la salud. Es así como, frente al brote del cólera (1991), quedó demostrado la efectividad de la relación Estado y sociedad civil que establecieron puntos de encuentro y articulación, que favorecieron grandemente la organización del ámbito local en la gestión y la acción intersectorial, creándose diversos comités distritales de lucha contra el cólera; esta experiencia contribuyó a romper barreras entre las organizaciones populares, las ONG y las entidades del Estado como los Ministerios de Salud y Educación. Posteriormente la estrategia SILOS, se convierte en estrategia ZONADIS, intentando crearse una por cada región de salud. Se continuó trabajando con los distritos sanitarios, los que alcanzaron mayor desarrollo en Lima Metropolitana aunque también tuvieron éxito en algunas provincias.

En el año 1994 se crea el programa gubernamental denominado Comités Locales de Administración compartida (CLAS), el cual continúa hasta la fecha con diversos niveles de éxito en el ámbito nacional. Este modelo de cogestión propuesto desde los CLAS, se sustenta en el fortalecimiento de la participación de la comunidad en los procesos de la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, en forma conjunta, con los trabajadores desalud, compartiendo responsabilidades en la gestión y administración.

A partir del año 1992 el desarrollo de proyectos de inversión (Proyecto 2000, Proyecto Salud y Nutrición Básica, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, entre otros) crean también un espacio importante para el desarrollo y fortalecimiento de acciones de comunicación en salud, pues incluyen componentes de información, educación y comunicación) en cuyo marco se comienzan a desarrollar estrategias de información, motivación e inducción a la acción en diferentes temas de salud prioritarios de ser intervenidos. Del mismo modo, desde 1996, se viene implementando en el Perú la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables para un desarrollo sostenible, promovida por el Ministerio de Salud. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de agencias de cooperación como OPS-OMS, UNICEF, UNFPA, UNESCO, ODA, USAID y Proyecto AMARES.

En septiembre del 2000, se instaló la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, así como por diversas instituciones públicas y privadas comprometidas con la temática.

En agosto del 2002, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, suscribieron el Convenio Marco de Cooperación Técnica, mediante el cual ambas instituciones expresan su voluntad y acuerdo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud. El avance más importante en los temas de salud y desarrollo lo constituye la inclusión como primer

Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012: “La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad”, considerando la importancia de promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una Cultura de la Salud, constituyéndose en una prioridad para el Sector por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida(3).

Asimismo, el Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios. Este modelo supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”(3)

A través de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobada por el Congreso de la República el 17 de enero de 2002, se crea la Dirección General de Promoción de la Salud, incorporando así esta línea estratégica y prioritaria a la estructura funcional del Ministerio (Cap.X, Art. 27°). Entre las funciones que le han sido asignadas se encuentran la formulación de políticas y planes de promoción de la salud concertada con los niveles regionales, así como, el diseño de estrategias de implementación de servicios y gestión sanitaria que incorporen el enfoque de

promoción de la salud orientadas a la generación de comportamientos y entornos saludables.

El 15 de febrero del año 2005, mediante RM N° 111-2005/MINSA, fueron aprobados los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”, que se constituyen en un importante documento normativo que facilitará el desarrollo de las acciones de promoción de la salud en el país y el cumplimiento de los objetivos funcionales asignados a la Dirección General de Promoción de la Salud. A través de sus Lineamientos de Políticas, la Dirección General de Promoción de la Salud apuesta a largo plazo a la construcción colectiva de una cultura de salud, orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organizan en comportamientos y/o estilos de vida saludables, basadas en intervenciones desarrolladas en los distintos escenarios que promueven la salud; contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas. Esta visión de promoción de la salud, requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad; contemplados en los lineamientos que se mencionan a continuación y que se articulan, a su vez, con los lineamientos estratégicos de la Dirección General de Promoción de la Salud.

## **CONCEPTOS RELACIONADOS A LA EXPERIENCIA**

**Obesidad** es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El

sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. · La obesidad forma parte del síndrome metabólico, y es un factor de riesgo para la predisposición a varias enfermedades, como las cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, ictus y osteoartritis, así como para algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales

### **Clasificación de obesidad**

Según el origen de la obesidad, esta se clasifica en los siguientes tipos:

Obesidad exógena: La obesidad debida a un régimen alimenticio inadecuado en conjunción con una escasa actividad física.

Obesidad endógena: La que tiene por causa alteraciones metabólicas. Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (obesidad hipotiroidea) o por deficiencia de hormonas sexuales como es el caso de la obesidad gonadal

### **Diagnóstico**

En forma práctica, la obesidad puede ser diagnosticada típicamente en términos de salud midiendo el índice de masa corporal (IMC), pero también en términos de su distribución de la grasa mediante la circunferencia de la cintura o la medida del índice cintura/cadera. Además, la presencia de obesidad necesita ser considerada en el contexto de otros factores de riesgo y comorbilidades asociadas.

### **Herencia y genética**

Como con muchas condiciones médicas, el desbalance calórico que resulta en obesidad frecuentemente se desarrolla a partir de la combinación de factores genéticos y ambientales. El polimorfismo en varios genes que controlan el apetito, el metabolismo y la integración de adipocitocinas, predisponen a la obesidad, pero la condición requiere la disponibilidad de suficientes calorías y posiblemente otros factores para desarrollarse completamente. Varias condiciones genéticas que tienen como rasgo la obesidad, han sido identificadas (tales como el síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Bardet-Biedl, síndrome MOMO, mutaciones en los receptores de leptina y melanocortina), pero mutaciones sencillas en locus solo han sido encontradas en el 5 % de los individuos obesos. Si bien se piensa que una larga proporción de los genes causantes están todavía sin identificar, para la mayoría la obesidad es probablemente el resultado de interacciones entre múltiples genes donde factores no genéticos también son probablemente importantes.

### **Estilo de vida**

La mayoría de los investigadores han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX.

A pesar de la amplia disponibilidad de información nutricional en escuelas, consultorios, Internet y tiendas de comestibles, es evidente que el exceso en el consumo continúa siendo un problema sustancial. Por ejemplo, la confianza en la comida rápida rica en energía, se ha triplicado en las últimas décadas, y el consumo de calorías se ha cuadruplicado en el mismo periodo.



Sin embargo, el consumo de alimento por sí mismo es insuficiente para explicar el incremento fenomenal en los niveles de obesidad en el mundo industrializado durante los años recientes. Un incremento en el estilo de vida sedentaria también tiene un rol significativo en los niveles actuales elevados de esta enfermedad. Cuestiones sobre el estilo de vida, menos establecido, que pueden influir sobre la obesidad incluyen al estrés mental y el sueño insuficiente.

### **El ejercicio:**

Requiere energía (calorías). Las calorías son almacenadas en la grasa corporal. Durante el ejercicio aeróbico prolongado el organismo consume inicialmente sus reservas de grasa a fin de proveer energía. Los músculos más grandes en el organismo son los músculos de las piernas y naturalmente estos queman la mayoría de las calorías, lo cual hace que el caminar, correr y montar en bicicleta estén entre las formas más efectivas de ejercicio para reducir la grasa corporal.

### **Actividad Física:**

Una actividad física moderada, realizada regularmente, beneficia la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. (Haskell, 1984).

Para la Organización Mundial de la Salud, la actividad física (AF) es una de las prácticas de mayor relación con condiciones de vida saludables, en oposición al sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, que son factores de impacto negativo sobre la salud especialmente de las dolencias crónicas no transmisibles. La actividad física también es importante desde el

punto de vista psicológico. Efectivamente, una actividad física enérgica practicada de manera regular reduce los sentimientos de stress y ansiedad. (Blumenthal y McCubbin, 1987).

### **Dieta**

En general, el tratamiento dietético de la obesidad se basa en reducir la ingesta de alimentos altamente calóricos y brindar alimentos de baja calorías que brinden las calorías necesarias para cubrir las necesidades energéticas y metabólicas.

## **2.3 Definición de términos**

- **Obesidad infantil:** Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 2 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- **Estilo de vida saludable:** Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones Individuales de conducta determinados por factores Socioculturales y características personales” (WHO, 1986, p. 118
- **Sobrepeso:** Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 1 DE por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- **Alimentos Mal Sanos:** Aquellos altos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal (es decir, alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional).
- **Conducta:** Manera consiente de proceder en una situación determinada orientada por costumbres reglas morales, normas y principios éticos y estéticos.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1. Recolección de datos

La experiencia profesional se llevó a cabo en el centro de centro de atención residencial "Arco Iris" del Programa Nacional de Bienestar Familiar del Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables.

El centro fue Inaugurado el 01 de Enero de 1998 como Casa Estancia Arco Iris, para atender a madres adolescentes, posteriormente pasó a atender a una población mixta de niños y niñas cuyas edades fluctúan entre 6 y 12 años.

Desde el año 2000 es denominado Hogar Arco Iris atendiendo a niños dentro del rango de edades de 4 a 10 años de edad.; desde Julio del año 2007 se atiende a una población de niñas y niños de 2 a 5 años y una población de niñas de 6 a 11 años respectivamente.

A su ingreso al CAR Arco Iris, los niños reciben atención integral basada en los principios y lineamientos del INABIF, así como una educación formativa enfocada al desarrollo de sus capacidades y potencialidades y en la práctica permanente de valores.

Mediante Resolución de la Dirección Ejecutiva N°0761, de fecha 07 de agosto 2014, se aprobó el perfil del CAR para la atención de niños y niñas de 06 a 12 años de edad con el perfil de abandono y riesgo social víctimas de maltrato físico y psicológico, con una capacidad instalada de atención para 40 residentes.

#### ESTADÍSTICAS DEL CAR

Perfil de acuerdo a Resolución de Dirección Ejecutiva: Niños y niñas de 06 a 12 años de edad con el perfil de abandono y riesgo social

víctimas de maltrato físico y psicológico. Población albergada en el momento de la ejecución de la experiencia laboral 26 residentes.

**CUADRO N° 3.1**  
**Población albergada según grupo etareo**  
**Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016**

CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL	Total	Feme nino	Mascu lino	04 a 05 años		06 a 11 años		12 a 17 años	
				Feme nino	Mascu lino	Feme nino	Mascu lino	Feme nino	Mascu lino
CAR Arco Iris - Pueblo Libre - Lima	26	21	5	5	0	12	5	3	0

Fuente: Estadística del CAR

### 3.2 Experiencia Profesional

Profesión licenciada en Nutrición Humana, egresada en el año 2,000 con colegiatura N° 2150. Con estudios de post grado en Salud Publica. Experiencia laboral en Instituto Nacional de Rehabilitación MINSA años 2001 al 2002, desempeñándome como nutricionista clínica de hospitalización del servicio de pacientes con lesiones medulares. Así mismo labore en la Dirección de Prevención del Riesgo y Daño Nutricional del Centro Nacional de Alimentación Nutricional del Instituto Nacional de Salud MINSA en los años 2004 al 2005 desempeñándome como equipo técnico del área de supervisión. Actualmente laboro desde el 2008 a la fecha como Especialista social II- Nutricionista del Unidad de Servicio de Protección de Niños, Niñas y adolescentes USPNNA del INABIF del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables , desempeñándome como parte del equipo técnico de la dirección que brinda atención y protección integral a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de abandono y vulnerabilidad, los mismos que son derivados por

los juzgados de familia a los albergues a cargo del INABIF. Siendo mis funciones la formulación de la alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes y la vigilancia sanitaria de los servicios de alimentación,

### **3.3 Procesos realizados en la experiencia**

Incorporar un estilo de vida saludable en niñas y adolescentes desde ya es complicado en este grupo etareo. Previamente se contó con el diagnóstico nutricional de las 07 residentes intervenidas, en la que todas ellas presentaban algún grado de obesidad o sobrepeso ejecutando las siguientes acciones:

- **Educación alimentaria** en la que a través de ella lo que se buscó, sensibilizar a las adolescentes, trabajo articulado con el área de psicología en esta experiencia, se trabajó con reforzadores materiales para este caso, obsequio de objetos de bisutería como aretes, vinchas, ganchos y otros, de los reforzadores sociales a través de la verbalización de palabras positivas y asertivas como ¡Que bien se te ve! ¡Cada día te ves más bonita! y otras que buscaban elevar la autoestima de la niña o adolescente, la intervención procuraba el lograr para el autocontrol y la voluntad logrando así incorporar nuevos hábitos con el uso de estímulos. Esta experiencia profesional duro un tiempo promedio de 5 meses. Así mismo la sensibilización fue permanente durante el tiempo de la experiencia.
- **Aumento de actividad física.** El Centro cuenta con la presencia de un profesor de educación física, con él se coordinó el de aumentar a su actividad estándar de rutina, media hora adicional de ejercicios lúdicos solo para las niñas y adolescentes diagnosticadas con sobrepeso u obesidad. El objetivo era ir incorporando de manera gradual un estilo de hábitos saludables.

Siendo que la actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por la musculatura, con el consiguiente gasto de energía. Clasificándose en estructurada y no estructurada; la primera se organiza a través de rutinas de actividad física con una conducción y duración determinada; la no estructurada representa todas aquellas actividades lúdicas y recreativas que no necesariamente requieren de conducción o tiempo establecido para su realización. Este componente busca, a partir de elementos de aprendizaje, fomentar la activación física permanente, en la vida cotidiana y a lo largo de toda la vida. Se pretende enfatizar la necesidad de que todos realicemos el gasto calórico necesario a lo largo del día.

- **Control de calorías.** La provisión de alimentos es a través de una programación de menús estándar para todos los centros. La intervención consto de hacer algunas modificaciones en la programación original como es el caso de evitar las frituras, disminuir carbohidratos refinados (azúcar, harina, así como la disminución de porciones, el incremento de más frutas y verduras para brindar mayor saciedad, así mismo el de beber un vaso de agua antes de las tres comidas principales, así como de tener horarios definidos, como el de aprender gradualmente elegir los alimentos menos calóricos y más saludables. La acción también busco el de brindar una alimentación balanceada o equilibrada considerando que las menores se encontraban en pleno desarrollo y crecimiento. Entendiéndose por alimentación equilibrada la que debe tener en cuenta lo siguiente:
  - Resalta la importancia del consumo de frutas, las verduras, cereales integrales, la leche y los productos lácteos sin grasa o bajos en grasa.

- Incluye carnes magras, aves, pescado, frijoles, huevos todas ellas preparadas al horno, guisadas, estofadas nada frito,
- disminución gradual del consumo de azúcar.

### **ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN DE VIDA SALUDABLE**

1. Determinar horarios fijos para la ingesta de alimentos
2. El no saltarse ningún tiempo de comida.
3. Compromiso por escrito con las niñas y adolescentes.
4. Fijación de metas claras y alcanzables
5. Control y medición del peso en las mismas condiciones.
6. Apoyo entre ellas.
7. Trabajo articulado interdisciplinario de profesionales.
8. Contar con una variedad de alimentos saludables.
9. Disponer de los reforzadores materiales (vinchas, aretes, pulseras y otros.)
10. Compromiso y dedicación de los profesionales involucrados.
11. Contar con los materiales educativos como videos, audios, material impreso y otros lúdicos.
12. El logro de la valoración de la actividad física regular, estable y moderada como una estrategia para lograr una mejor calidad de vida, previniendo así las enfermedades no transmisibles.
13. Promover en las niñas y adolescente el conocimiento y la importancia de cuidar su cuerpo. (autocuidado)
14. Promover en las participantes la importancia de la higiene corporal y mental.

#### IV. RESULTADOS

**CUADRO 4.1**

Medición de pesos corporal inicial y su evolución en residentes del Centro del Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016

RESIDENTE	Fecha de Nacimiento	Edad	Talla (cm)					Peso (Kg)				
			11/10/16	11/10/2016	27/10/2016	10/11/2016	15/12/2016	12/01/2017				
1	4/07/2005	11 años	150.5	56	54	54	42	50				
2	12/09/2006	10 años	139	48	45	44	34	42				
3	18/05/2007	9 años	126	34	34.5	33	29	34				
4	24/10/2007	9 años	126	32	30	30	29	29				
5	14/02/2007	9 años	113.5	28	25.2	26	29	24.5				
6	15/05/2005	11 años	144	52	48.5	47	47	45				
7	21/09/2011	5 años	104	23	22	20	20	20				

El presente cuadro muestra los pesos corporales iniciales de las residentes y su evolución en el tiempo



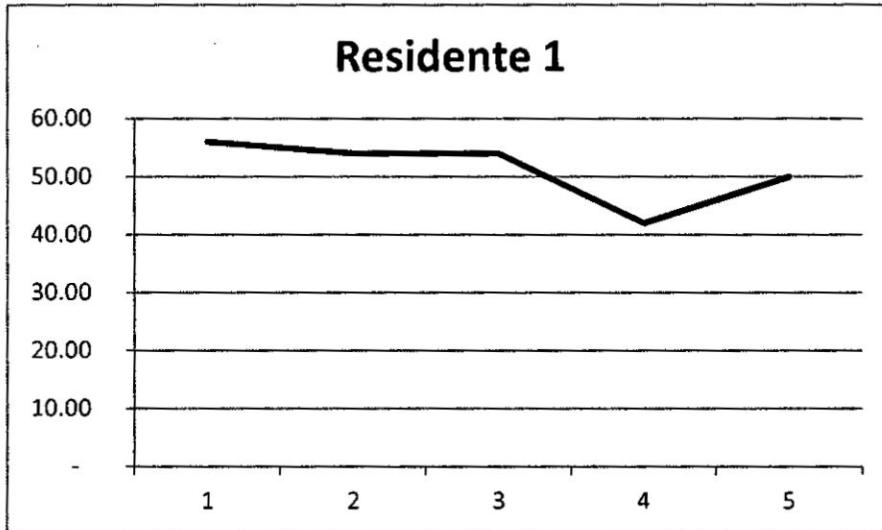
**CUADRO 4.2.****Medición de pesos corporal de residentes Centro de Atención  
Residencial Arco Iris – INABIF - 2016**

<b>RESIDENTES</b>	<b>Peso 1</b>	<b>Peso 2</b>	<b>Peso 3</b>	<b>Peso 4</b>	<b>Peso 5</b>
1	56.00	54.00	54.00	42.00	50.00
2	48.00	45.00	44.00	34.00	42.00
3	34.00	34.50	33.00	29.00	34.00
4	32.00	30.00	30.00	29.00	29.00
5	28.00	25.20	26.00	29.00	24.50
6	52.00	48.50	47.00	47.00	45.00
7	23.00	22.00	20.00	20.00	20.00

El presente cuadro muestra la pérdida de peso individualizado de cada residente participante.

**GRAFICO 4.1**

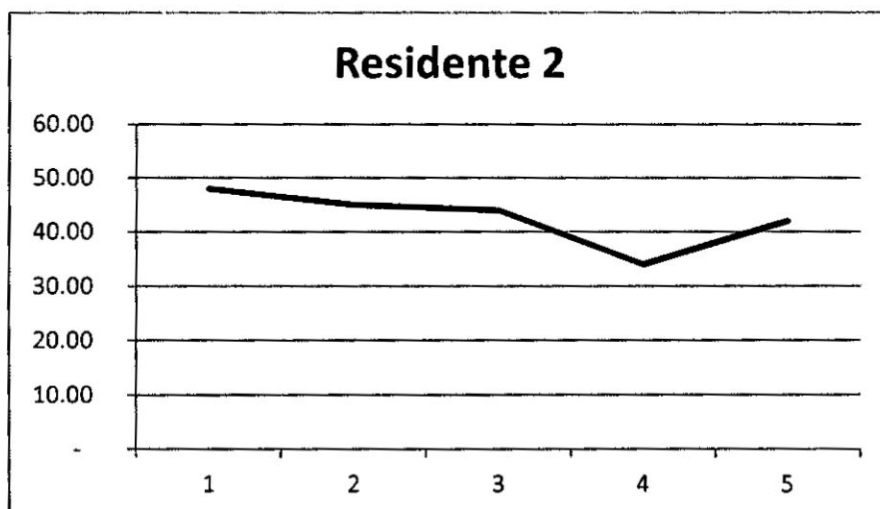
**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente N° 1 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 1

**GRAFICO 4. 2**

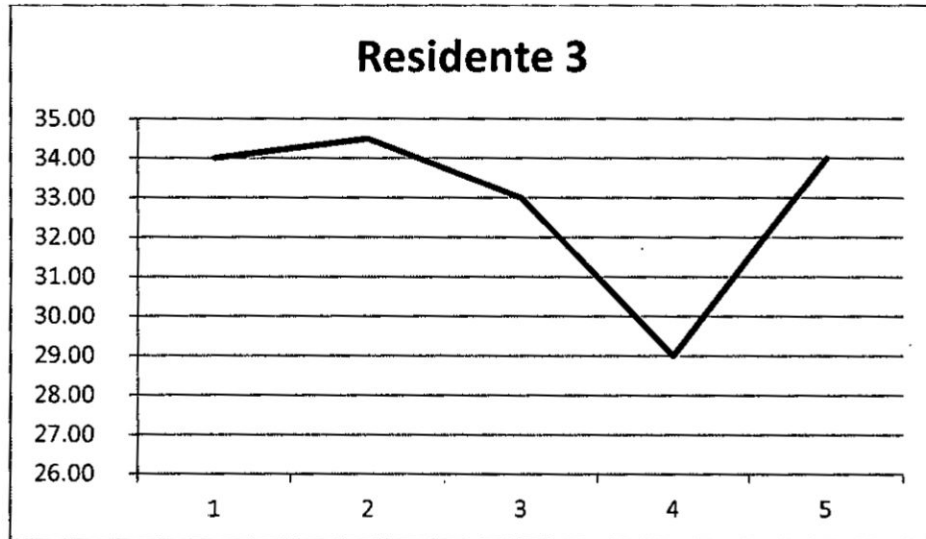
**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente N° 2 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 2

**GRAFICO 4.3**

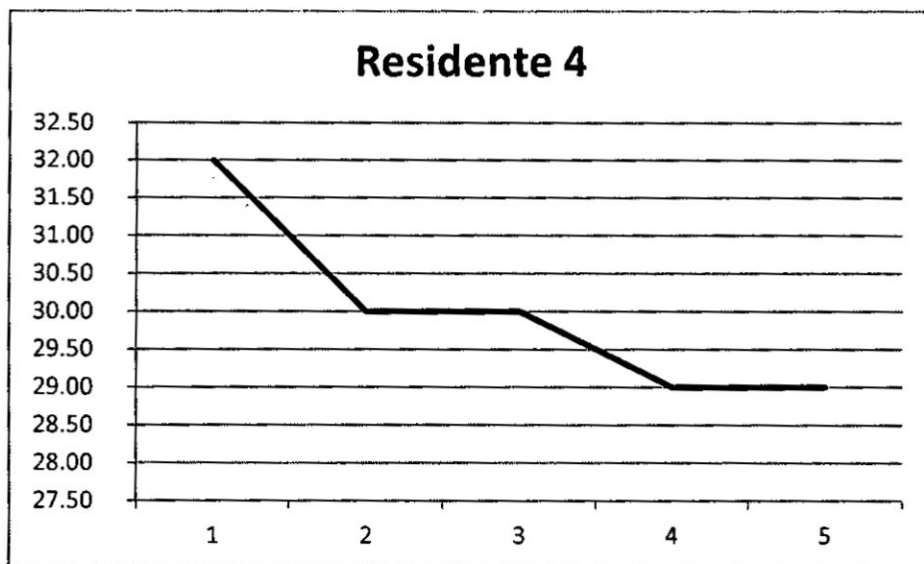
**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente N°3 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 3

**GRAFICO 4.4**

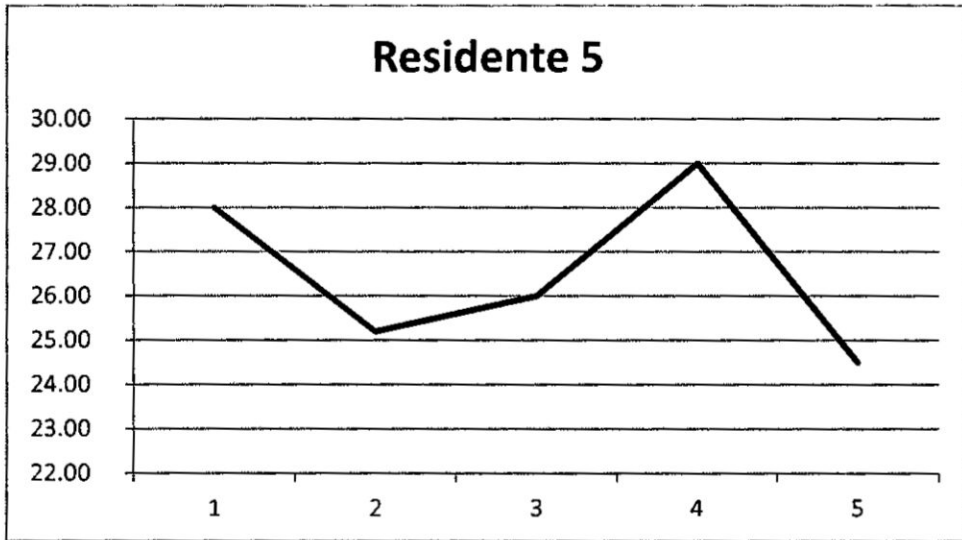
**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente N°4 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 4

**GRAFICO 4.5**

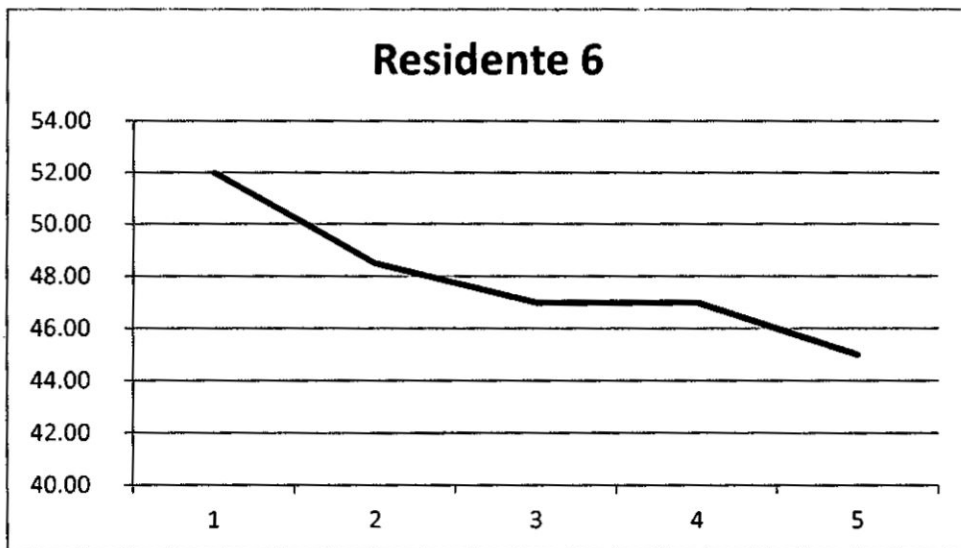
**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente 5 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016.**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 5

**GRAFICO 4.6**

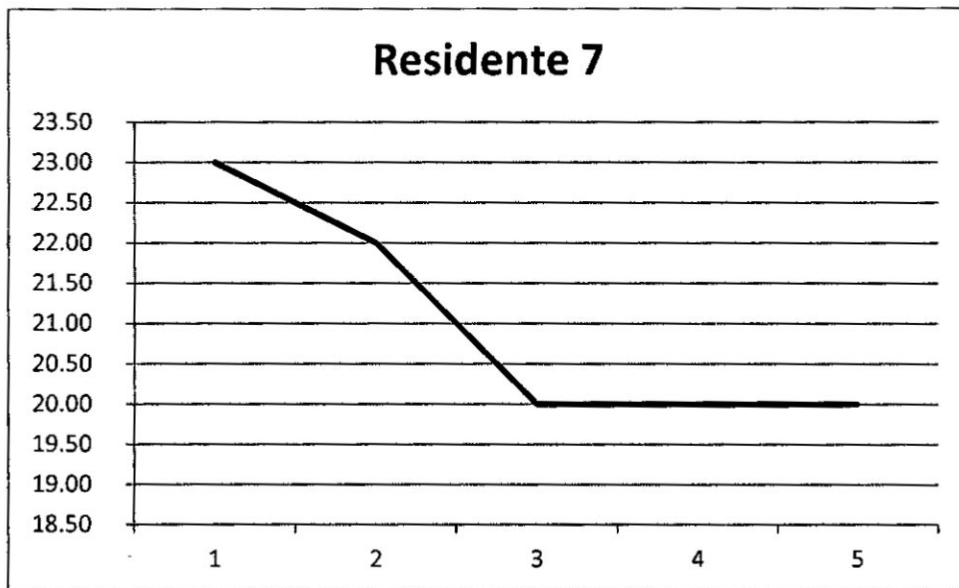
**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente 6 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016.**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 6

### GRAFICO 4.7

**Pérdida mensualizada de peso corporal de residente 7 Centro de Atención Residencial Arco Iris – INABIF - 2016.**



El presente grafico muestra la pérdida de peso corporal mensual de residente participante N° 7

## V. CONCLUSIONES

- a) La calidad de vida saludable está relacionada con la satisfacción de la ejecución de las actividades diarias que satisfagan las necesidades, en el cumplimiento de los logros, de metas, mejorando la autoimagen y actitud positiva hacia la vida.
  
- b) La frecuencia y cantidad de la alimentación, se debe consumir de manera variada, en pequeñas porciones por día, cinco veces es lo ideal, siendo el desayuno y el almuerzo las comidas principales del día y los refrigerios por la tarde y la cena sean livianos. Asegurando siempre el aporte de nutrientes, para el logro del máximo potencial de crecimiento y desarrollo de las adolescentes
  
- c) El ejercicio físico, combinado con una dieta correcta, son los dos ejes primordiales para luchar contra el sobrepeso y la obesidad; la labor nuestra consiste en educar a niñas, niños y adolescentes para transitar a una cultura del ejercicio físico y cuidado de la salud, logrando así una vida saludable, que será transmitidas a sus generaciones.

## VI. RECOMENDACIONES

El equipo multidisciplinario del Centro de atención residencial Arco Iris del INABIF debe:

- a) Continuar promoviendo la incorporación de hábitos alimentarios saludables entre la población albergada como una acción preventiva, que permita en mantenimiento de una vida saludable , fortaleciendo así el autocuidado.
- b) Aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes.
- c) Promover la actividad física lúdicas y estructuradas en las adolescentes albergadas, evitando las conductas sedentarias limitando..

## VII. REFERENCIALES

1. El Informe Lalonde fue publicado por el gobierno de Canadá y sustentado por Marc Lalonde ex ministro de Salud y bienestar Social de Canadá.
2. Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canada, realizada en Ottawa, Canada.
3. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 – 2012. Lima, 2002.
4. Amigo R. Busto, E. Pena y C. Fernández. "Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de 9 y 10 años del Principado de Asturias: el sesgo de la valoración de los padres".An Pediatr (Barc).2013; 79(5):307-311.
5. A. Feliu Rovira, N. Paris Miró, M. Zaragoza-Jordana, N. Ferre Pallás, M. Chiné Segura, F. Sabench Pereferrer y J. Escribano Subias." Eficacia clínica y motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia.".An Pediatr (Barc). 2013; 78(3):157-166.
6. Editrice Kurtis. V.Soto Insuga, M. Merino, R. Losada del Pozo, C. Castaño de la Mota, A. Pérez Villena. "Sueño y obesidad en la infancia". Acta Pediatr Esp. 2013; 71(9):191-198.
7. G. Castellano Barca, R. Pesquera Cabezas, R. Valdés Gutiérrez, J. A. Otero Hermida, P. Arce Díez, M. García Fuentes, J. N. Gutiérrez González y R. Lanza Sáiz. "Consejos de Nutrición para adolescentes". Edita: Asociación PONTESANO contra la obesidad. Cantabria (2013). D. P. SA-283.
8. C. G Redondo."Estado nutricional de los niños y adolescentes de Cantabria". PubliCan Ediciones. Universidad de Cantabria. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.2013.



9. G Rodríguez Martínez 2013. "Propuestas de actuación y prevención del Grupo de Trabajo sobre Actividad Física de la Asociación Española de Pediatría".62 Congreso. 2013.
10. T. Durá Travé, F. Gallinas Victoriano y Grupo Colaborador de Navarra." Evolución natural del exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad)".An Pediatr (Barc).2013; 79(5):300-306.

# **ANEXOS**

### Registro fotográfico N° 1



En consultorio dando indicaciones a personal de cocina



### Registro fotográfico N° 2



En consultorio indicando las instrucciones para la implementación de las estrategias

### Registro fotográfico N° 3



En reunión de sensibilización de niñas y adolescentes para el logro de los objetivos

Equipo de profesionales que intervinieron en la experiencia. niñas y adolescentes acompañan

