



**UNAP**



**FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA**

**TESIS**

**HÁBITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FÍSICA, NIVEL SOCIOECONÓMICO  
Y ESTADO NUTRICIONAL DURANTE LA PANDEMIA DEL CENTRO  
COMUNITARIO DEL ADOLESCENTE - IQUITOS 2022**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA**

**PRESENTADO POR:**

**HEIDY SOLANSH AGUILAR RODRIGUEZ**

**LEODITH TAPULLIMA PANDURO**

**ASESOR (ES):**

**Ing. ALENGER GERÓNIMO ALVA ARÉVALO, Dr.**

**Lic. JOE FERNANDO GERÓNIMO HUETE, MSc.**

**IQUITOS, PERÚ**

**2023**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNAP

FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS

Escuela Profesional de  
Bromatología y Nutrición Humana

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N° 01-CGT-FIA-UNAP-2023

A los 17 días del mes de febrero de 2023, a horas 16:00, en las instalaciones del laboratorio de ingeniería, ubicado en la Planta Piloto, sito Av. Freyre N° 610, dando inicio a la sustentación pública de la Tesis titulada: "HÁBITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FÍSICA, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ESTADO NUTRICIONAL DURANTE LA PANDEMIA DEL CENTRO COMUNITARIO DEL ADOLESCENTE – IQUITOS 2022", presentado por las Bachilleres **HEIDY SOLANSH AGUILAR RODRIGUEZ y LEODITH TAPULLIMA PANDURO**, para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Bromatología y Nutrición Humana, que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado Calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 0592-FIA-UNAP-2022 del 28 de diciembre de 2022, está integrado por:

**Ing. WILSON GUERRA SANGAMA, Dr.**  
**Ing. JUAN ALBERTO FLORES GARAZATUA, Mtro.**  
**Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO, Mgr.**

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: Satisfactoriamente.

El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública y la tesis ha sido: aprobado con la calificación muy buena (17).

Estando el(la) bachiller apto(a) para obtener el Título Profesional de Licenciado(a) en Bromatología y Nutrición Humana, Siendo las 17:15 se dio por terminado el acto de sustentación.

W!  
-----  
**Presidente**  
Ing. WILSON GUERRA SANGAMA, Dr.  
CIP: 32174

[Signature]  
-----  
**Miembro**  
Ing. JUAN ALBERTO FLORES GARAZATUA, Mtro.  
CIP: 31646

[Signature]  
-----  
**Miembro**  
Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO, Mgr.  
CNP: 130

[Signature]  
-----  
**Asesor**  
Ing. ALENGUER GERONIMO ALVA AREVALO, Dr.  
CIP: 45167

[Signature]  
-----  
**Asesor**  
Lic. JOE FERNANDO GERONIMO HUETE, Mgr.  
CNP: 4220

## JURADO Y ASESORES

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EL DÍA 17 DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2023, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:



---

**Presidente**

Ing. WILSON GUERRA SANGAMA, Dr.

CIP:32174



---

**Miembro**

Ing. JUAN ALBERTO FLORES  
GARAZATUA, Mtro.

CIP:31646

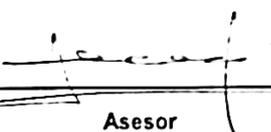


---

**Miembro**

Lic. MIRIAM RUTH ALVA ANGULO, Mgr.

CNP:130



---

**Asesor**

Ing. ALENGUER GERÓNIMO ALVA  
ARÉVALO, Dr.

CIP:45167



---

**Asesor**

Lic. JOE FERNANDO GERÓNIMO HUETE,  
Mgr.

CNP:4220

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



Nombre del usuario:  
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

Fecha de comprobación:  
30.11.2022 11:42:13 -05

Fecha del Informe:  
30.11.2022 11:45:26 -05

ID de Comprobación:  
79127973

Tipo de comprobación:  
Doc vs Internet

ID de Usuario:  
Ocultado por Ajustes de Privacidad

Nombre de archivo: TESIS RESUMEN HEIDY SOLANSH AGUILAR RODRIGUEZ y LEODITH TAPULLIMA PANDURO (1)

Recuento de páginas: 93 Recuento de palabras: 17478 Recuento de caracteres: 108092 Tamaño de archivo: 908.60 KB ID de archivo: 902056

## 19.1% de Coincidencias

La coincidencia más alta: 1.95% con la fuente de Internet (<https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/>)

19.1% Fuentes de Internet

1000

Página 95

No se llevó a cabo la búsqueda en la Biblioteca

## 7.94% de Citas

Citas

25

Página 96

No se han encontrado referencias

## 0% de Exclusiones

No hay exclusiones

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios, a mis padres, a mi hijo, a mi pareja, a mis hermanas, a mis sobrinos, a mis amigas y compañeras de estudio, por el apoyo y fortaleza en todo este proceso de mi formación profesional.

Heidy Solansh Aguilar Rodriguez.

Amado y Leodith que con su afecto, perseverancia y trabajo me han permitido alcanzar y realizar hoy un sueño más, gracias por inspirar en mí patrón de valor y aliento, de no temer la calamidad porque Dios está conmigo constantemente.

Leodith Tapullima Panduro.

## **AGRADECIMIENTO(S)**

Agradezco a Dios por bendecirme con el regalo de la vida y por ser mi fortaleza en momentos más complicados de mi formación profesional.

Gracias a mis padres Herman y Rosa por sus consejos, valores y principios que me han inculcado, a mis hermanas y sobrinos por ser la motivación que necesitaba para continuar.

A mi hijo Milan porque con su sonrisa y alegría ilumina mis días y a su papá Marvin por su paciencia y apoyo incondicional durante todo este proceso.

A mi grupo y amigas de la universidad las Natural killers por compartir momentos especiales durante todo el tiempo de formación profesional.

Asimismo, quiero agradecer a mis docentes universitarios, a mis asesores, al Centro Comunitario del Adolescente que sin la enseñanza y autorización correspondiente no hubiera sido posible este trabajo. ¡Muchas gracias!

Heidy Solansh Aguilar Rodriguez.

Agradezco a DIOS por haberme otorgado una familia maravillosa también va dirigido a la escuela de bromatología y nutrición humana, a los docentes por formar parte de nuestro desarrollo profesional, brindarnos sus conocimientos y guiarnos en el camino del éxito.

Leodith Tapullima Panduro.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Páginas</b>
Portada	i
Acta de Sustentación	ii
Jurado y Asesores	iii
Resultado del Informe de Similitud	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenido	vii
Índice de Tabla	x
Índice de Figura	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
1.1. Antecedentes	5
1.1.1. A nivel internacional	5
1.1.2. A nivel nacional	7
1.1.3. A nivel local	7
1.2. Bases teóricas	9
1.2.1. Adolescencia	9
1.2.2. Cambios psicológicos del adolescente	9
1.2.3. Cambios físicos	10
1.2.4. Cambios sociales	11
1.2.5. Hábitos alimenticios	11
1.2.6. Hábitos y comportamientos alimenticios del adolescente	12
1.2.7. Problemas nutricionales	13

1.2.8.	Alimentación saludable	14
1.2.9.	Alimentación desordenada y trastorno alimenticio del adolescente	15
1.2.10.	Requerimientos nutricionales en la adolescencia	15
1.2.11.	Actividad física	18
1.2.12.	Clasificación del nivel de actividad física	18
1.2.13.	Nivel socioeconómico	19
1.2.14.	Clasificación del nivel socioeconómico	19
1.2.15.	Estado nutricional	20
1.2.16.	Antropometría	20
1.2.17.	Valoración del estado nutricional antropométrico	21
1.3.	Definición de términos básicos	22
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>		<b>26</b>
2.1.	Formulación de hipótesis	26
2.2.	Variables y su operacionalización	27
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>		<b>29</b>
3.1.	Tipo de investigación y diseño de estudio	29
3.2.	Diseño muestral	30
3.2.1.	Selección del área o ámbito de estudio	30
3.2.2.	Población de estudio	30
3.2.3.	Criterios de inclusión y exclusión	31
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.3.1.	Procedimiento	31
3.3.2.	Instrumentos de recolección de datos	33
3.4.	Procesamiento y análisis de datos	34
3.5.	Aspectos éticos	34
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>		<b>35</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>		<b>68</b>

<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</b>	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>85</b>

## ÍNDICE DE TABLA

	<b>Páginas</b>
<b>Tabla 1.</b> Ingesta dietética diaria de referencia – vitaminas (IDR, 1997).	17
<b>Tabla 2.</b> Ingesta dietética diaria de referencia – minerales (IDR, 1997)	17
<b>Tabla 3.</b> Valores de clasificación nutricional del imc/edad, talla/edad y perímetro abdominal.	22
<b>Tabla 4.</b> Distribución de la variable sexo de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.	35
<b>Tabla 5.</b> Peso de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	35
<b>Tabla 6.</b> Talla de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	36
<b>Tabla 7.</b> Estado nutricional IMC/EDAD de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente por sexo.	36
<b>Tabla 8.</b> Talla para la edad (TALLA/EDAD) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	38
<b>Tabla 9.</b> Estado nutricional /P. A de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	39
<b>Tabla 10.</b> Hábitos alimenticios de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	41
<b>Tabla 11.</b> Frecuencia de consumo de lácteos y derivados (%).	42
<b>Tabla 12.</b> Frecuencia de consumo de huevos, carnes y pescados (%).	43
<b>Tabla 13.</b> Frecuencia de consumo de verduras, hortalizas y tubérculos (%).	44
<b>Tabla 14.</b> Frecuencia de consumo de frutas y derivados (%).	46
<b>Tabla 15.</b> Frecuencia de consumo de legumbres (%).	48
<b>Tabla 16.</b> Frecuencia de consumo de cereales y harinas (%).	49
<b>Tabla 17.</b> Frecuencia de consumo de aceites y grasas (%).	51
<b>Tabla 18.</b> Frecuencia de consumo de pastelería y dulces (%).	52

<b>Tabla 19.</b> Frecuencia de consumo de misceláneos y productos azucarados (%).	53
<b>Tabla 20.</b> Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y analcohólicas (%).	55
<b>Tabla 21.</b> Actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	56
<b>Tabla 22.</b> Nivel socioeconómico de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.	58
<b>Tabla 23.</b> Hábitos alimenticios según el Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/EDAD).	59
<b>Tabla 24.</b> Hábitos Alimenticios según Talla para la Edad.	60
<b>Tabla 25.</b> Hábitos Alimenticios según el Perímetro Abdominal.	61
<b>Tabla 26.</b> Actividad física según el Índice de Masa Corporal Para la Edad (IMC/EDAD).	62
<b>Tabla 27.</b> Actividad física según Talla para la Edad.	63
<b>Tabla 28.</b> Actividad física según Perímetro Abdominal.	64
<b>Tabla 29.</b> Nivel Socioeconómico según Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD).	65
<b>Tabla 30.</b> Nivel socioeconómico según Talla para la Edad.	66
<b>Tabla 31.</b> Nivel socioeconómico según perímetro abdominal.	67

## ÍNDICE DE FIGURA

	<b>Páginas</b>
<b>Figura 1.</b> Estado nutricional IMC//EDAD de los pacientes del Centro Comunitario Adolescente por sexo.	37
<b>Figura 2.</b> Talla para la edad de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	38
<b>Figura 3.</b> Estado nutricional de acuerdo con el perímetro abdominal de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	40
<b>Figura 4.</b> Hábitos alimenticios de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	41
<b>Figura 5.</b> Frecuencia de consumo de lácteos y derivados (%).	42
<b>Figura 6.</b> Frecuencia de consumo de huevos, carnes y pescados (%).	44
<b>Figura 7.</b> Frecuencia de consumo de verduras, hortalizas y tubérculos (%).	45
<b>Figura 8.</b> Frecuencia de consumo de frutas y derivados (%).	47
<b>Figura 9.</b> Frecuencia de consumo de legumbres (%).	48
<b>Figura 10.</b> Frecuencia de consumo de cereales y harinas (%).	50
<b>Figura 11.</b> Frecuencia de consumo de aceites y grasas (%).	51
<b>Figura 12.</b> Frecuencia de consumo de pastelería y dulces (%).	52
<b>Figura 13.</b> Frecuencia de consumo de misceláneos y productos azucarados (%).	54
<b>Figura 14.</b> Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y analcohólicas (%).	56
<b>Figura 15.</b> Actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.	57
<b>Figura 16.</b> Distribución del número de pacientes según nivel socioeconómico y sexo.	58

## RESUMEN

La presente investigación fue para relacionar los hábitos alimenticios, actividad física y nivel socioeconómico con el estado nutricional durante la pandemia del centro comunitario del adolescente Iquitos 2022, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo correlacional y corte transversal, la muestra fue de 151 adolescentes; los datos fueron obtenidos por encuestas de frecuencia de consumo, actividad física, nivel socioeconómico y mediante el historial clínico del estado nutricional del IPRESS América; según el IMC/EDAD un 86.8 % de los adolescentes presentaron un estado nutricional normal, 6.6% con delgadez, 5.3 % con sobrepeso y obesidad con el 1.3%; El estado nutricional según TALLA/EDAD fue de 76.2 % en talla normal y 23.8% en talla baja; las medidas del Perímetro Abdominal indicaron que un 98.7 % tiene riesgo bajo, 1.3% con riesgo alto, los adolescentes presentaron un 93.4% hábitos alimenticios saludables y el 6.6% no saludables; además, el 61.6% realizan actividad física moderada, el 32.5% intensa y el 6.0% leve; el nivel socioeconómico (NSE) determinó que el 53.2% de los participantes tienen a un nivel bajo inferior, 40.4 % es bajo marginal y 7.3% bajo superior; no existió relación estadística entre los hábitos alimenticios, la actividad física, nivel socioeconómico con el estado nutricional .

Palabras claves: Adolescentes, estado nutricional adolescentes, San Juan, Iquitos, actividad física, nivel socioeconómico.

## ABSTRACT

The present research was to relate eating habits, physical activity and socioeconomic level with nutritional status during the pandemic at the Iquitos 2022 adolescent community center; the research had a quantitative, non-experimental, descriptive correlational design and cross-sectional approach, the sample consisted of 151 adolescents; data were obtained through surveys on frequency of consumption, physical activity, socioeconomic level and through the clinical history of nutritional status of the IPRESS America; according to the BMI/AGE 86.8 % of the adolescents presented a normal nutritional status, 6.6 % with thinness, 5.3 % with overweight and obesity with 1.3%; The nutritional status according to HEIGHT/AGE was 76.2 % in normal height and 23.8% in short height; the measures of Abdominal Perimeter indicated that 98.7 % have low risk, 1.3% with high risk, adolescents presented 93.4% healthy eating habits and 6.6 unhealthy; in addition, 61.6% performed moderate physical activity, 32.5% intense and 6.0% mild; the socioeconomic level (NSE) determined that 53.2% of the participants have a lower low level, 40.4% are marginal low and 7.3% superior low; there was no statistical relationship between dietary habits, physical activity, socioeconomic level and nutritional status.

Key words: Adolescents, adolescent nutritional status, San Juan, Iquitos, physical activity, socioeconomic level.

## INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es una enfermedad que apareció en el mes de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, China, convirtiéndose en el epicentro de un brote de neumonía sin causa conocida y cuyo tratamiento específico hasta la actualidad sigue siendo desconocido. En pocos días en China continental los contagios aumentaron exponencialmente y también en diferentes países. EL agente causal fue identificado como SARS-CoV2 causante de la enfermedad de la COVID-19. (1)

En la provincia de Hubei, Wuhan, un grupo de pacientes con sintomatología de neumonía de causa no conocida se presentaron a diferentes hospitales. Estos pacientes fueron vinculados por un nexo epidemiológico en un mercado mayorista de mariscos, pescados y animales vivos y no procesados. En ese momento, solo se les había realizado pruebas a las personas que presentaron síntomas. Después de diez días fueron reportados un total de 571 casos en 25 diferentes provincias en todo China, mientras que en la provincia de Hubei se mantuvieron 95 pacientes en estado crítico y las muertes alcanzaron a 17. (1)

El 11 de marzo, con 118,000 casos reportados en 114 países y 4,291 personas fallecidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a esta enfermedad como una pandemia (1). Se ha registrado que la mortalidad por la COVID-19 es más común en adultos mayores y en aquellos que presentan o padecen una enfermedad crónica subyacente, tales como los pacientes hipertensos y/o diabéticos. Por otro lado, los casos identificados por esta enfermedad en niños son relativamente menores, sin embargo, se ven afectados temas relacionados a educación, salud, seguridad y alimentación, dejando consecuencias negativas en su nutrición en este grupo etario. (2)

La implementación de las nuevas medidas en el sector educación en el Perú ha originado que por primera vez se instaure las clases de forma remota a través de la televisión, radio e internet, esto por motivo de la emergencia sanitaria nacional y el aislamiento social producto de la COVID-19. Por lo mismo, muchos

menores han dejado de recibir desayunos y almuerzos escolares que resultan necesarios y esenciales para su desarrollo cognitivo. (2)

La suspensión de los programas de comedores escolares pone en peligro la seguridad alimentaria y la nutrición de los niños(as) vulnerables debilitando su capacidad para hacerle frente a diversas enfermedades según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2)

La carencia de acceso a los alimentos provocaría un desarrollo integral inadecuado agravando los porcentajes preexistentes de malnutrición y anemia. Sobre la base de todo lo antes mencionado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que, en el mundo, unos 310 millones de escolares (que representa casi la mitad del total mundial) depende de la escuela para tener una fuente sistemática de nutrición diaria. (2)

La reducción de ingresos económicos debido a la pandemia es otro factor que influye negativamente sobre la nutrición de los escolares originando que reduzcan la inversión en salud y alimentación, viéndose reflejado en la afectación especialmente a los niños(as), mujeres embarazadas y madres lactantes, según la OMS. (2)

La falta de recursos económicos en los hogares se ha convertido en uno de las principales limitantes para el acceso a alimentos básicos con alto contenido en proteínas como las carnes y pescado, tal y como lo demuestra una encuesta de INEI aplicada a familias de Lima Metropolitana y Callao. (2)

Todo esto originó que el Perú tome acción ante esta necesidad, por lo cual, el servicio Alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma entregó alimentos no perecibles, así como proteínas de origen animal y leche evaporada entera a las familias de los estudiantes, beneficiando a alrededor de 3 millones de estudiantes de más de 58 000 instituciones públicas de todo el país. (2)

La revista "Nutrients" publicó los resultados del estudio que han llevado a cabo con 303 jóvenes catalanes de entre 12 y 18 años en el marco del proyecto DESKcohort del grupo de investigación interuniversitario GRESP sobre

epidemiología y salud pública, informaron las universidades en un comunicado. (3)

El aislamiento social y la limitación a las oportunidades laborales crearon posiciones socioeconómicas más desfavorables originando que los jóvenes redujeran el consumo de cereales y vegetales y al mismo tiempo incrementaran el consumo de comida preparada y procesada. Todo esto, de hecho, el riesgo de que la dieta de este colectivo empeore es un 21% superior que en adolescentes de otras realidades socioeconómicas. (3)

En cuanto a los cambios generales observados, un 40% de los jóvenes incrementó el consumo de fruta; un 21,5% afirma que siguió una dieta más variada; un 39,3 redujo el consumo de repostería, un 49,2% el de comida preparada y procesada y un 49,8% el de refrescos azucarados; y, por el contrario, el 56% reconoce que picó más entre horas y que hizo comidas más irregulares. (3)

La pandemia causo impactos en nuestro país, alterando el ciclo de vida, alterando la condición étnica y racial y la aparición del problema del territorio a lo que se suman otros factores como la condición de discapacidad, el estatus migratorio o no tener donde vivir y encontrarse en la calle. (4)

El 2019 en el Perú, se incrementó la tasa de pobreza en un 20 % que corresponde aproximadamente a 6 millones 564 mil 93 personas no cubren el costo de la canasta básica compuesta por alimentos y por bienes y servicios valorizada en 352 soles mensuales, la pobreza extrema se situó en 2,9% que equivale a 942 mil 370 personas. Se considera pobre extremo a la población cuyo gasto per cápita no cubre el costo de la canasta básica de alimentos, que es de 187 soles. (4)

Lo que comemos y bebemos puede afectar a la capacidad de nuestro organismo una alimentación saludable es importante durante la pandemia de COVID-19 lo que conlleva a prevenir y combatir las infecciones ayudando a recuperarse de ellas. (5)

La alimentación saludable es importante para el buen funcionamiento del sistema inmunitario, aunque ningún alimento ni suplemento dietético puede prevenir ni curar la COVID-19. Una adecuada nutrición también puede reducir la probabilidad de aparición de otros problemas de salud como las enfermedades del corazón la obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes. (5)

Las cifras del estudio realizado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), y dentro del marco de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) indican que se evaluó a 605 adolescentes entre 12 a 17 años, de las cuales 50.4% fueron mujeres. A nivel nacional, el 19.3% de los adolescentes presentaron sobrepeso y 5.5% obesidad. La talla baja total se presentó en el 20.4% de los adolescentes, siendo severa en el 3.0%. Según perímetro abdominal, el 14.6% de los adolescentes presentaron alto riesgo y 4.4% muy alto riesgo de enfermedad cardiovascular. El 21.7% de los adolescentes presentaron anemia, predominando la anemia leve en el 15.2%. (6)

En Loreto, los adolescentes del grupo etario de 10 a 19 años, presentan los siguientes indicadores: Delgadez severa (0,2%), Delgadez (1,1%), Normal (91,2%), Sobrepeso (5,9%), Obesidad (1,7%). (7)

El centro comunitario del adolescente IPRESS América I-3 es un local diseñado para la realización de actividades culturales, educativas, sociales y deportivas que está ubicado en la calle Las Américas 279 AAHH Aeropuerto-San Juan, Iquitos, cuya labor consiste en la supervisión y control permanente de un adecuado manejo y atención en la salud integral del adolescente de 12 a 17 años de edad, atención que es brindada de forma gratuita. Los servicios de atención son: salud sexual, salud mental, medicina, odontología, nutrición e inmunizaciones. Las acciones a priorizar son: el desarrollo integral del adolescente, identificar sus necesidades y problemas de salud, riesgos y formas de enfermar, reducir el índice de obesidad, sobrepeso y desnutrición en los adolescentes mediante la consejería nutricional y concientizar al adolescente y padres de familia en la importancia de llevar un estilo de vida saludable, lo que hace necesario realizar estudios en el Centro Comunitario del adolescente.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Antecedentes**

#### **1.1.1. A nivel internacional**

En el año 2022, se desarrolló una investigación que evaluó la asociación entre hábitos alimentarios, actividad física y nutrición durante la pandemia de Covid-19 en adolescentes; encontrando que consumen el frejol en un 0.7% y muestran un bajo consumo de verduras y frutas en 67,2% y 84,3% respectivamente, además, consumen alimentos no saludables como dulces y refrescos en un 69% y snacks en un 54.4%; realizaron prácticas de actividad física durante la pandemia menos de 180 minutos /semana incrementando sobrepeso y obesidad en un 34.8%. (8)

En el año 2022, se desarrolló una investigación de tipo transversal que trabajó con 563 adolescentes. La edad media fue de 12,28 años. La investigación buscó evaluar los cambios en el estilo de vida durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 en muestra de niños y adolescentes con el fin de evaluar cualquier aumento en los factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares en edades posteriores. La investigación concluyó que La pandemia se asoció con un aumento del consumo de snacks hipercalóricos. La cantidad total de alimentos en los hogares durante el bloqueo en comparación con antes de la pandemia aumentó un 50%. En relación con el niño percibido por los padres estado de peso, más padres reportaron obesidad en sus hijos después del confinamiento (+0.6% en la edad de 5 a 11 años) y +0,2% en el grupo de 12 a 18 años). Reportaron una reducción de la actividad física, un aumento de sedentarismo y cambios en los hábitos de sueño. (9)

En el año 2021, se desarrolló una investigación de tipo transversal que trabajó con 9.470 adolescentes. La investigación buscó analizar los cambios en los estilos de vida de los adolescentes brasileños durante la pandemia de covid-19. Lo cual concluyó en la prevalencia del consumo de verduras (de 27,34 a 30,5%), platos congelados (de 13,26 a 17,3%), chocolates y dulces (de 48,58 a 52,51%) y tiempo en frente a las pantallas

(del 44,57 al 70,15%). Por otro lado, hubo una disminución en la práctica de actividad física (del 28,7 al 15,74%) y en el consumo de bebidas alcohólicas (del 17,72 al 12,77%) Se observaron diferencias según sexo y grupo de edad. (10)

En el año 2020, se desarrolló una investigación de tipo descriptivo, que incluyó como población de estudio a 170 adolescentes, La investigación determinó los hábitos alimenticios de 170 adolescentes de la ciudad de Valencia y saber si este comportamiento nutricional guarda relación con variables como la actividad física, el nivel socioeconómico, el tiempo de actividad sedentaria o el perfil de peso y el trabajo concluyó en que el análisis de datos revela que existe una correlación muy baja y no significativa entre la variable de calidad alimentaria y las demás variables sociodemográficas, por lo que se tratan de variables independiente entre sí. Sin embargo, sí aparecen una serie de tendencias en los resultados que apuntan hacia una relación positiva entre el tipo de dieta, la actividad física y el nivel socioeconómico y negativa entre el tipo de dieta, la actividad sedentaria y el peso. Además, en general parece que los adolescentes más mayores tienen peores hábitos alimenticios que los más jóvenes. (11)

En el 2020 un trabajo de investigación con 1036 personas encontraron que la frecuencia de consumo fue de fruta (27%), huevos (25,4%), legumbres (22,5%), verduras (21%) y pescado (20%) y reducción en el consumo de carnes procesadas (35,5%), cordero o conejo (32%), pizza (32,6%), bebidas alcohólicas destiladas (44,2%), bebidas azucaradas (32,8%) o chocolate (25,8%), además 14,1% que habitualmente no preparan sus alimentos y el 15% no realiza ejercicio físico; además, que el 30 % de las personas son fumadoras y un 37% no duermen bien. (12)

En el año 2020, se desarrolló una investigación que incluyó 287 respuestas, la investigación determinó los cambios en los hábitos alimentarios y estilos de vida durante el confinamiento por el Covid-19 en la ciudad 9 de julio, Bs.As. Lo cual concluyó que 287 respuestas con un nivel socioeconómico medio. Durante el aislamiento, la frecuencia de

compras disminuyó. Se observó un aumento en el consumo de pasta, pan y pasteles. En cuanto a la actividad física, aproximadamente el 70% declaró entrenar antes del confinamiento por COVID-19, disminuyó un 13% durante el confinamiento. (13)

### **1.1.2. A nivel nacional**

En un trabajo de investigación desarrollado en Junín con 200 adolescentes de 13 a 19 años, en el año 2021 durante el confinamiento por la pandemia el consumo escaso de vitaminas, minerales y proteínas. (14)

En un trabajo de investigación desarrolladas en dos instituciones escolares públicas de primaria de lima con 571 estudiantes en el año 2015 se determinó que existe mínima diferencia entre los hábitos alimenticios, María Goretti 77.7% y 5 de abril el 70.4%. asimismo, en cuanto a la actividad física en la institución de 5 de abril el 51.1% es mala y en la institución María Goretti, el 68.5% es regular. (15)

### **1.1.3. A nivel local**

En el año 2021, se desarrolló una investigación en estudiantes de Bromatología y Nutrición Humana de la Universidad Nacional De La Amazonia Peruana, correlacionando hábitos alimentarios, estado emocional y actividad física con el estado nutricional ; se encontraron que un 73.9% tienen hábitos inadecuados, con grado de depresión normales en un 78.4%, con depresión leve 21.6%; con grado de ansiedad 83.% normales y 17% leve; tuvieron una actividad física de 20.5% leve, 64.8% moderada y 14.7% intensa; los estudiantes presentaron un estado nutricional según el IMC 53.4% normal, 2.3% delgadez, 31.8% sobrepeso y obesidad 12.5%, según el PA 55.7% riesgo bajo, 28.4% riesgo alto y 15.9% riesgo muy alto, según el PCT hay un 1.2% desnutrición leve, 42% normal, 22.7% sobrepeso y 34.1% obesidad, según la CMB un 1.1% desnutrición leve, 43.2% normal, 273% con sobrepeso y 284% son obesos y según el CM 19.3% tienen

una constitución delgada, 45.5% constitución normal y 35.2% tienen una constitución robusta. Existe correlación significativa entre los hábitos alimentarios con el IMC, PA, PCT, CMB en ambos sexos; el PA tuvo relación significativa con hábitos alimentarios, estado emocional y la actividad física. (16)

En un trabajo de investigación desarrollado en el año 2017 con 170 estudiantes determinó los hábitos alimentarios, el nivel socioeconómico y la actividad física en el estado nutricional de los estudiantes del nivel secundario de la I.E. Petronila Perea de Ferrando. El trabajo concluyó que el 77% de los alumnos presentaron estado nutricional normal, seguido por desnutrición y sobrepeso; el 54,7% presenta un nivel socioeconómico medio, 45,3% bajo y ninguno se ubicó en el nivel socioeconómico alto. Asimismo, en la actividad física fue: 50,6% moderada, 29,4% ligera y 20% intensa. Sin embargo, en los hábitos alimentarios se observó que, el 64,7% saludables y el 35,3% hábitos no saludables. En relación al estado nutricional según talla/edad, el 79,4% talla normal, mientras que el 20,6% talla baja; ninguno se ubicó en talla alta; existe una relación significativa entre los hábitos alimentarios con el nivel socioeconómico. (17)

En un trabajo de investigación realizado en el año 2017 con 100 escolares del nivel primario de la I.E.P.S.M N°60113 Rumococha, se determinó la relación entre hábitos alimentarios, nivel socioeconómico y actividad física con el estado nutricional y el trabajo concluyó que el 94% están en normal, 5% talla baja y 1% talla alta; así mismo 79% tienen nivel socioeconómico bajo y 21% nivel socioeconómico medio. Además, el 81% de escolares tiene hábitos inadecuados y 19% hábitos adecuados. Además 71% realizan actividad física leve y 29% actividad física moderada. e encontró una relación significativa entre los hábitos alimentarios con el estado nutricional de los escolares. (18)

En un trabajo de investigación desarrollado en 2015 del C.E. Rosa Panduro Ramírez con 116 escolares de 4to a 6to grado de primaria se determinó la relación entre los hábitos alimentarios y estado nutricional

reportaron que los hombres tienen 11% de delgadez y 12% en mujeres; además de un estado nutricional de sobrepeso 27 % en hombres y 63% en mujeres. Se encontró talla normal 86% en hombres y 90% en mujeres. Sin embargo, en los hábitos alimentarios se encontró un 44% saludable y 66% no saludables en su alimentación. (19)

## **1.2. Bases teóricas**

### **1.2.1. Adolescencia**

La adolescencia se define por ser una de las etapas más desafiantes y el más emocionante del desarrollo humano, con notorios cambios psicológicos, físicos y sociales durante el cual un niño se convierte en un adulto. Empieza con la pubertad y acaba cuando cesa el desarrollo bio-psicosocial. (20)

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) considera adolescencia entre los 10 y 19 años dividiéndola en dos etapas; adolescencia temprana de (10 a 14 años) y adolescencia tardía de (15 a 19 años) (21). Por otro lado, la Sociedad Americana de salud y Medicina de la adolescencia (SAHM) lo sitúa entre los 10 y 21 años de edad, distinguiendo en 3 etapas: Inicial, Media y Tardía. (20)

Finalmente, la adolescencia es la etapa adaptativa del desarrollo del ser humano que presenta necesidades especiales(22); donde la participación de la familia, la comunidad y de las diferentes instancias del sector salud son claves para lograr el bienestar pleno de esta población. (21)

### **1.2.2. Cambios psicológicos del adolescente**

Los cambios psicológicos en la adolescencia presentan una serie de transformaciones de manera interactiva y recíproca. EL egocentrismo, la invulnerabilidad, la iniciación del pensamiento propio, la ampliación del mundo, el apoyo del grupo, la definición de la imagen corporal, la individualización y la elaboración de valores propios son cambios que aportaran a la construcción de una identidad madura, paso que marcará el final de la adolescencia. (23)

### **1.2.3. Cambios físicos**

#### **1.2.3.1. Madurez sexual**

La escala de maduración sexual (EMS), también conocida como clasificación de Tanner, se utiliza para evaluar clínicamente el grado de madurez sexual durante la pubertad (Tanner, 1962). Los cambios llamativos tienen lugar en la esfera sexual y culmina en la adquisición de fertilidad. La edad cronológica tiene correlación con la maduración sexual y crecimiento que es muy variable; la EMS se basa en el desarrollo genital y del vello púbico. (24)

El desarrollo del botón mamario en las chicas es el primer indicador de crecimiento puberal, que inicia entre los 8 -13 años, con incremento de la velocidad de crecimiento y sucede a una edad esquelética de 11 años. La pubertad temprana puede iniciar antes de los 8 años y posterior a los 13 años de pubertad tardía. La pubertad tiene un rango de duración de 4 años en las chicas. (24)

Como primer indicador del crecimiento puberal en los varones es el incremento del volumen testicular, tal como el enrojecimiento y repliegue de la bolsa escrotal, puede comenzar entre los 9 y 14 años que sucede en una edad esquelética de 13 años. La pubertad empieza dos años más tarde en los varones que en las chicas. En los varones la pubertad temprana puede iniciar antes de los 9 años y posterior a los 14 años de pubertad tardía. (24)

#### **1.2.3.2. Crecimiento del adolescente**

La actividad endocrinológica y el sistema óseo influye en el crecimiento del adolescente. Los corticoides, insulina, tiroxina y la GH implican en la talla y la velocidad del crecimiento; de modo que el varón crece 9,5 cm/año y gana  $\pm 28$  kg y en la mujer crece 8-9 cm/año y gana  $\pm 25$  kg, adquiriendo el 25% de la talla y 40-50% del peso en la edad adulta. (24)

### **1.2.3.3. Composición corporal del adolescente**

La masa magra y masa grasa se expresa usualmente en medidas y evaluaciones de su tamaño, composición, forma, proporcionalidad, maduración biológica y funciones corporales; se puede señalar que el 50% de la masa esquelética duplica a la masa muscular en la mujer el tejido adiposo (doble) y masa muscular (2/3) que en el varón. La composición corporal es acompañada a menudo por la información y publicidad referente a la nutrición. (24)

### **1.2.4. Cambios sociales**

El problema de conductas implica un factor de riesgo en los adolescentes, los cambios morfológicos, el desarrollo puberal y las funciones a nivel cerebral. La adolescencia es un ciclo crítico de cambios sociales y biológicos continuos; los y las adolescentes se ven enrollados en un ciclo crítico de cambios y comportamientos sociales que incluyen en el crecimiento físico, madurez sexual que les permiten desarrollar y reafirmar su personalidad. (25)

### **1.2.5. Hábitos alimenticios**

Es un periodo fundamental para el desarrollo y la adquisición de hábitos que garantiza la salud, en la población juvenil comienza a ser influenciado por varios precedentes principalmente en la familia como son los (factores económicos, costumbres y culturas) (26). Además, es lógico que cuanto más grande sea la formación nutricional de la persona serán mejores sus hábitos alimentarios. (27)

#### **1.2.5.1. Hábitos alimenticios saludables**

La alimentación es uno de los principales procesos que permite la subsistencia física y que condiciona la salud, de llevar a cabo una alimentación saludable, es decir distribuir las comidas durante el día, determinar sus cantidades que sea armónica, adecuada y sistémica, se genera un bienestar psicológico y físico, que activa el sistema

inmunológico y dirige el favorecimiento hacia la formación de preferencias por alimentos saludables. (28)

#### **1.2.5.2. Hábitos alimenticios no saludables**

Los problemas de alimentación por lo general contribuyen malos hábitos alimentarios que tiene mayor consumo en alimentos industrializados como los (embutidos, refrescos azucarados o productos procesados, se ha descrito que la exposición a los anuncios de alimentos no saludables de TV disminuye el consumo de frutas y verduras, además estas conductas son adquiridas a partir de la imitación en el ámbito familiar, comunitarios que determina la conducta humana (29)

En el Perú, existen escasos estudios acerca de este tema. Asimismo, se desconoce qué alimentos no saludables son los que más son publicitados en televisión y cuáles tienen influencia en el consumo de los estudiantes. (30)

En la adolescencia los constantes cambios psicológicos, físicos y sociales pueden influenciar en la obtención y el desarrollo de hábitos, resaltando los alimenticios y los estilos de vida que posiblemente serán permanentes en la etapa adulta, que podrían ser saludables o de riesgo. La adolescencia es la etapa donde es más fácil obtener hábitos alimenticios y estilos de vida saludables, que modificarlos en la etapa adulta. (31)

Los hábitos alimenticios en los adultos y las personas mayores se encuentran definidos desde la juventud y como consecuencia son difíciles de cambiar. (32)

#### **1.2.6. Hábitos y comportamientos alimenticios del adolescente**

La evolución alimentaria trajo consigo situaciones nuevas de consumo y significados novedosos acerca de los alimentos, cuya tendencia se refleja con más frecuencia en los adolescentes. Las formas de suministro; la preparación y conservación de los alimentos, la composición de los productos consumidos; los horarios; las frecuencias de las comidas; la

comida fuera de casa; los aperitivos excesivos; las dietas de adelgazamiento y la costumbre de saltarse las comidas, son tendencias que afectan la estructura y composición de las comidas.

Así mismo, en medio de la abundancia contemporánea, nos encontramos con diversos problemas de salud, tan preocupantes como la desnutrición; el sobrepeso y obesidad; la anemia; la anorexia y bulimia, entre otros.

En definitiva, todos estos aspectos y factores influyen en la adquisición de hábitos y comportamientos alimenticios en los adolescentes. (33)

### **1.2.7. Problemas nutricionales**

#### **1.2.7.1. Desnutrición**

Para Sawaya (2006), se basa en que un individuo consume insuficientes alimentos cuantitativamente para satisfacer sus necesidades fisiológicas, es decir, falta de nutrientes como los micronutrientes (vitaminas y minerales) y macronutrientes (proteínas y carbohidratos) y nuestro órgano controlador de toda la actividad metabólica, que es nuestro sistema nervioso, se “programa” permanentemente para ahorrar energía en forma de grasa y reducir el crecimiento, para asegurar la supervivencia en condiciones adversas.(34)

#### **1.2.7.2. Sobrepeso**

Para Veloso, Silva (2010), el sobrepeso está asociado a trastornos que se evidencia por el aumento de grasa corporal y se caracteriza cuando el índice de Quetelet (IMC) es igual o mayor a 25kg/m<sup>2</sup>. Las alteraciones más frecuentes incorporadas al sobrepeso son las dislipidemias, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los problemas dermatológicos, las dificultades respiratorias, trastornos del aparato locomotor, también existen otros factores que contribuyen a esta condición como: la falta de actividad física, una alimentación inadecuada entre otros. (35)

### **1.2.7.3. Obesidad**

La obesidad se manifiesta por el elevado consumo de energía que junto a un estilo de vida sedentario forman un desequilibrio de energía, que desencadena un aumento de masa grasa corporal y como consiguiente un aumento de peso, considerado una enfermedad de aspecto crónico (36) y un importante problema de salud pública en los países desarrollados y una epidemia mundial por la organización mundial de la salud (OMS). (37)

Así mismo, la obesidad por su origen es dificultoso debido a múltiples factores, en el que interactúan factores celulares, metabólicos, celulares, económicos, psicosociales, conductuales, ambientales y genéticos. (36)

Para Carvalho (2012), los adolescentes con obesidad suelen sufrir de bajo rendimiento escolar, baja autoestima, y de las relaciones con la familia y amigos que pueden desencadenar consecuencias psicológicas.(38)

### **1.2.8. Alimentación saludable**

Escudero en 1937, escribió las “leyes de la alimentación”, que consiste en la “cantidad”: en la cantidad los alimentos deben ser suficientes para satisfacer las necesidades energéticas del cuerpo, en la "calidad": en la calidad los alimentos deben tener la adición de todas las sustancias nutritivas necesarios, donde incluyan en su totalidad los grupos de alimentos”, en la “armonía” : se debe respetar la proporción de los alimentos en cantidad y calidad de ellos y en la “adecuación”: los alimentos deben ser personalizados de acuerdo a las necesidades de cada individuo respetando las características económicas ,culturales y sociales. Todas estas leyes en su conjunto deben satisfacer las necesidades fisiológicas de cada organismo.

Por otro lado, la pirámide alimenticia sobresale como uso para promover una dieta saludable. (39)

### **1.2.9. Alimentación desordenada y trastorno alimenticio del adolescente**

La adolescencia es un trance de mayores comportamientos alimentarios desordenados y en ocasiones el comienzo del uso de sustancias, al mismo tiempo, estas conductas están relacionados con algunos aspectos de trauma. También, debido a que los adolescentes en esta etapa buscan la independencia, pueden llegar a adquirir comportamientos alimentarios poco saludables. (40)

Las comidas de moda, los malos hábitos de nutrición y el exceso del consumo de alimentos como resultado de la tensión, son los problemas de alimentación más usuales entre los adolescentes. Al mismo tiempo existen dos desordenes psiquiátricos de la alimentación la bulimia y la anorexia (41), los cuales El Seguro Social de Salud(EsSalud) menciona que cinco de cada diez adolescentes que acuden al Hospital Almenara en el área de psiquiatría padecen de trastornos por atracones, anorexia o bulimia cuya conducta alimentaria sea duplicado durante la pandemia producido por la COVID-19. Estos trastornos se presentan con mayor frecuencia en mujeres de edad de pubertad y adolescencia; y en los varones con menor frecuencia. (42)

### **1.2.10. Requerimientos nutricionales en la adolescencia**

Existe una gran demanda energética en el periodo de la adolescencia que implica reacciones anabólicas teniendo un lugar en el crecimiento (43). El aumento de estas necesidades producidos por los cambios biológicos demanda considerables cantidades de macro y micro nutrientes que están en relación con su etapa de desarrollo. (44)

Las investigaciones de requerimientos nutricionales en adolescentes son escasos. Las recomendaciones que se prescriben en función de la edad cronológica, no concuerdan en varios casos con la edad biológica, diversos autores eligen recomendarla en relación de la talla y el peso. (45)

### **1.2.10.1. Energía**

El aporte energético debe cubrir las necesidades para el mantenimiento del organismo y se estima por la relación de energía por unidad de altura, el crecimiento lineal es el evento que representa el estado anabólico durante esta etapa. (46)

### **1.2.10.2. Carbohidratos**

Es la principal fuente de energía entre el 55% y 60% que tiene que provenir de hidratos de carbono total de la dieta para los adolescentes en el grupo etarios de 3 a 18 años. (47)

### **1.2.10.3. Proteínas**

El requerimiento de energía sea aportado por las proteínas aproximadamente del 15% 20% garantizando un aporte adecuado de proteínas (70%) de alto valor biológico y el (30%) de origen vegetal que determina la estructura y formación muscular. (45)

### **1.2.10.4. Lípidos**

El aporte de lípidos no debe excederse al 30% de calorías totales, el ácido graso saturado debe ser menos 10% de calorías totales, los ácidos grasos mono insaturados hasta el 15% de las calorías totales, en general la familia de los ácidos grasos poliinsaturados entre el 7% hasta el 10% de calorías total. Con respecto al colesterol no debe pasarse de 300mg al día. (48)

### **1.2.10.5. Vitaminas y minerales**

De manera general, se conoce que las vitaminas y minerales aumentan en la adolescencia (47). En la tabla 1 se muestran los requerimientos diarios de vitaminas y minerales. (46)

**Tabla 1.** Ingesta dietética diaria de referencia – vitaminas (IDR, 1997)

VITAMINAS	MASCULINO		FEMENINO	
	9-13	14-18	9-13	14-18
Edad (años)				
A(mg)	600	900	600	700
D(mg)	5	5	5	5
E(mg)	11	15	11	15
K (mg)	60	75	60	75
C (mg)	45	75	45	65
Tiamina (mg)	0,9	1,2	0,9	1,0
Riboflavina (mg)	0,9	1,3	0,9	1,0
Niacina (mg)	12	16	12	14
B <sub>6</sub> (mg)	1,0	1,3	1,0	1,2
Folato (ug)	300	400	300	400
B <sub>12</sub> (ug)	1,8	2,4	1,8	2,4
Acido pantoténico (mg)	4	5	4	5
Biotina (ug)	20	25	20	25
Colina (mg)	375	550	375	400

Fuente: Dietary Reference Intakes-Food Nutrition Board/National Academies,1997. (46)

**Tabla 2.** Ingesta dietética diaria de referencia – minerales (IDR, 1997)

VITAMINAS	MASCULINO		FEMENINO	
	9-13	14-18	9-13	14-18
Edad (años)				
Calcio (mg)	1.300	1.300	1.300	1.300
Cromo (ug)	25	35	21	24
Cobre (ug)	700	890	700	890
Flúor (mg)	2	3	2	3
Yodo (ug)	120	150	120	150
Hierro (mg)	8	11	8	15
Magnesio (mg)	240	410	240	360
Manganeso (mg)	1.9	2.2	1.6	1.6
Molibdeno (ug)	34	43	34	43
Fósforo (mg)	1.250	1.250	1.250	1.250
Selenio (ug)	40	55	40	55

Zinc (mg)	8	11	8	9
-----------	---	----	---	---

Fuente: Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, The National Academies (47).

### 1.2.11. Actividad física

La actividad física en la actualidad es reconocida por los efectos saludables que proporcionan en aquellas personas que lo practican) (49), así mismo, son todos los movimientos corporales que el ser humano realiza durante un período de tiempo determinado , que puede ser realizada en los momentos de tiempo libre , en una actividad laboral o en el trabajo , el cual eleva el metabolismo de reposo y el consumo de energía. (50)

La actividad física disminuye los peligros de padecer diversas enfermedades no transmisibles y fomenta la interacción social. Es indispensable para favorecer la salud física y psíquica de las personas. (50)

### 1.2.12. Clasificación del nivel de actividad física

Actividad física sedentaria: Aquellos individuos que permanecen la mayor parte del tiempo en actividades que no necesita de esfuerzo físico. (51)

Ejemplo: Oficinistas u estudiantes que se mantienen sentados frente al escritorio o la computadora todo el día y que realizan actividades de recreación sentados o ven televisión. (51)

Actividad física leve: Aquellos individuos que permanecen de pie o sentado la mayor parte de su tiempo. (51)

Ejemplos: Barrer; realizar trabajo de jardinería ligero; caminata ligera; ejercicio de elasticidad (52); la mayor cantidad de profesionales (profesores, médicos, abogados, etc.); cajeros; oficinistas; amas de casa que poseen de aparatos electrodomésticos (aspiradoras, lavadoras, etc.) (51)

Actividad física moderada: Aquellos individuos que permanecen moviéndose o de pie todo el día (51), se acelera los latidos del corazón más de lo normal. (52)

Ejemplo: clases de aeróbicos; caminata rápida; bailar; levantamiento de pesas moderadas o ligeras; amas de casa que no cuentan con aparatos electrodomésticos; estudiantes que realizan actividad física; algunos obreros de construcción. (51)

Actividad física intensa: Aquellos individuos que permanecen realizando trabajos que demanda gran esfuerzo físico (51), los latidos del corazón se aceleran mucho más de lo normal. (52)

Ejemplos: Atletas de competencia; mineros; agrícolas; bailarines profesionales (51); correr o trotar; realizar algún deporte. (52)

### **1.2.13. Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico es un componente que establece la salud y el estilo de vida de los individuos. El estatus socioeconómico tiene un contingente favorable para examinar cómo la organización social y material de una sociedad afecta las desigualdades demográficas, psicosociales, étnico-culturales en la salud y la enfermedad de los individuos y el bienestar general de la sociedad. (53)

### **1.2.14. Clasificación del nivel socioeconómico**

Nivel socioeconómico A/B (Clase Rica): En este fragmento la clase rica está fuertemente determinado, poseen los principales ingresos del ámbito social en todas las variables, correspondencias con oficios y categorías en dirección con el estado o son jefes de pequeñas, medianas y grandes empresas y tienen un grado de formación universitario completo. (54)

Nivel socioeconómico C+ (Clase media alta): En este fragmento de la clase media alta están los dirigentes de empresas con menos de 10

sueldos. Las profesiones afiliadas a una titulación de primer ciclo universitario. Los profesionales de apoyo, técnicos. Deportistas y Artistas. (55)

Nivel socioeconómico C (Clase media): En este fragmento de la clase media se encuentran los trabajadores competentes de tipo profesionales maestros, médicos y propietarios de pequeñas empresas. Empleados de los servicios personales y de seguridad. (56)

Nivel socioeconómico E (Pobreza extrema): En este fragmento la pobreza se agrupa con la insuficiencia de las personas para complacer sus necesidades básicas de alimentación. Los grados de estudios a nivel primaria sin finalizar y regularmente tienen subempleos o empleos eventuales. (57)

#### **1.2.15. Estado nutricional**

Es el reflejo del equilibrio de las necesidades, de los nutrientes y el gasto de energía alimentario (58), es decir, revela si las necesidades nutricionales fisiológicas de un individuo están cubiertas (59). Por lo tanto, es el estado de salud que refleja el individuo como consecuencia de su estilo de vida, condiciones psicosociales, nutrición y su forma de alimentación. (60)

#### **1.2.16. Antropometría**

La antropometría es el estudio que se basa en la medición numérica de las medidas corporales, a través de protocolos estandarizados cuyos procedimientos son elementales, indispensables y exactos, no dañinos y seguros (61). Se emplea en todas las etapas de vida, permitiendo valorar el estado nutricional de las personas. (62)

### **1.2.17. Valoración del estado nutricional antropométrico**

En la adolescencia las mediciones antropométricas a emplearse son el índice de masa corporal para la edad, talla para la edad y perímetro abdominal (60).

Índice de masa corporal para la edad (IMC/EDAD): Permite clasificar el estado nutricional en delgadez, normal, sobrepeso y obesidad. Es el resultado entre el peso y la talla elevado al cuadrado que sirve para diferenciar el índice de masa corporal del adolescente con el índice de masa corporal de referencia equivalente a su edad (60), y que junto a la circunferencia abdominal se convierte aún más, en el mejor indicador para evaluar la grasa corporal total en la adolescencia (63). Los valores de clasificación nutricional para IMC/EDAD se detallan en la tabla 3.

Talla para la edad (TALLA/EDAD): Permite estimar el crecimiento lineal corporal de la persona adolescente mediante tablas de referencias con respecto a su edad, se compara la talla del varón o la mujer en las tablas de referencias respecto a su edad. (60). Se clasifica en talla baja, talla normal y talla muy alta. Los valores de clasificación nutricional de TALLA/EDAD se detallan en la tabla 3.

PERÍMETRO ABDOMINAL: Se utiliza para detectar de manera anticipada el peligro de sufrir enfermedades metabólicas como la hipertensión arterial y las cardiovasculares, nos ayuda a presenciar la grasa abdominal acumulada y evidencia a aquellas personas que presentan riesgo (64). Sin embargo, para que esté indicador provea información confiable y de utilidad se necesita los estándares establecidos por la organización mundial de la salud (OMS) y personal capacitado en la toma de datos. La organización mundial de la salud (OMS) clasifica el perímetro abdominal en riesgo bajo, riesgo alto y riesgo muy alto (65). Los valores de clasificación nutricional para perímetro abdominal se detallan en la tabla 3.

**Tabla 3.** Valores de clasificación nutricional del imc/edad, talla/edad y perímetro abdominal.

CLASIFICACIÓN DEL IMC/EDAD	PUNTOS DE CORTE	
Delgadez	<-2DE	
Normal	≥-2 DE a 1 DE	
Sobrepeso	≤- 2 DE	
Obesidad	≤3 DE a 3 DE	
CLASIFICACIÓN DEL TALLA/EDAD	PUNTOS DE CORTE	
Talla baja	< - 2DE	
Talla normal	≥-2DE a ≤ - 2DE	
Talla alta	> 2DE	
PERIMETRO ABDOMINAL	HOMBRES	MUJERES
Riesgo bajo	<94cm	<80cm
Riesgo alto	≥94cm	≥80cm
Riesgo muy alto	≥102cm	≥88cm

Fuente: Tabla de valoración nutricional del adolescente (CENAN), OMS/Perímetro abdominal.

### 1.3. Definición de términos básicos

**Adolescencia:** Periodo de la vida que aparece con los cambios físicos, psicosociales y biológicas (66) que junto a otros cambios menos visibles, (67) generan el paso de la infancia a la edad adulta (68).

**Hábitos alimenticios:** Totalidad del comportamiento adquirido por un individuo, en cuanto a la elección, la preparación y el consumo de alimentos. (69)

**Hábitos alimenticios saludables:** Se determina como los hábitos alimentarios adquiridos a lo largo de la vida que intervienen en nuestra salud positivamente. (70)

**Hábitos alimenticios no saludables:** Hábitos de consumo constante de alimentos industrializados como los (embutidos, refrescos azucarados o productos procesados) (29)

**Problemas nutricionales:** Resultado de la insuficiencia de alimentos o de llevar una dieta inapropiada, incluso se puede precisar como una afección que presenta el cuerpo cuando no recibe los nutrientes suficientes para vivir adecuadamente. (71)

**Requerimientos nutricionales:** Cantidad precisa para el soporte de las funciones corporales del organismo humano abocado hacia una salud y rendimiento óptimo. (72)

**Actividad física:** Son todos los movimientos corporales que el ser humano realiza durante un período de tiempo determinado, el cual eleva el metabolismo de reposo y el consumo de energía. (50)

**Actividad física leve:** Aquellos individuos que permanecen de pie o sentado la mayor parte de su tiempo. (51)

**Actividad física moderado:** Aquellos individuos que permanecen moviéndose o de pie todo el día (51), se acelera los latidos del corazón más de lo normal. (52)

**Actividad física intensa:** Aquellos individuos que permanecen realizando trabajos que demanda gran esfuerzo físico (51), los latidos del corazón se aceleran mucho más de lo normal. (52)

**Nivel socioeconómico:** El estatus es un componente fundamental que establece la salud y el estilo de vida sociológica y económica de una sociedad individual o familiar en relación a otras personas. (73)

**Nivel socioeconómico bajo:** Nivel socioeconómico E (Pobreza extrema): En este grupo la "pobreza" o "indigencia" se entiende como la disposición de no contar con los recursos que permitan satisfacer al menos las necesidades básicas de alimentación. (74)

**Nivel socioeconómico medio:** Nivel socioeconómico C (Clase media): En este grupo la clase media se encuentran los trabajadores competentes

de tipo profesionales maestros, médicos y propietarios de pequeñas empresas. Empleados de los servicios personales y de seguridad. (56)

**Nivel socioeconómico alto:** Nivel socioeconómico A/B (Clase Rica): En esta asociación, la clase rica está determinado por los principales ingresos del ámbito social en todas las variables, correspondencias con oficios y categorías con el estado o son jefes de pequeñas, medianas y grandes empresas y tienen un grado de formación universitario completo. (54)

**Estado nutricional:** Es el resultado a través de las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, en un espacio dado, representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. (58)

**Antropometría:** La antropometría es el estudio que se basa en la medición numérica de las medidas corporales (61).

**Valoración del estado nutricional antropométrico:** Es la Medición de las magnitudes y composición global del cuerpo humano, que son afectadas por la nutrición durante la fase de vida. (75)

**IMC:** Número que se calcula con base al peso y la estatura de la persona. Además, es un indicador confiable de la gordura y se usa para identificar las categorías de peso que pueden afectar la salud. (76)

**Desnutrición:** Es la disminución anormal del peso que puede acarrear consecuencias en la facultad de reaccionar, defensiva y de aprovechamiento que normalmente tiene el organismo, que afecta la fisiología normal del cuerpo. (77)

**Sobrepeso:** El sobrepeso está asociado a trastornos que se evidencia por el aumento de grasa corporal. (37)

**Obesidad:** La obesidad se manifiesta por el elevado consumo de energía que junto a un estilo de vida sedentario forman un desequilibrio de

energía, que desencadena un aumento de masa grasa corporal y como consiguiente un aumento de peso, considerado una enfermedad de aspecto crónico. (36)

**Carbohidratos:** Es la principal fuente de energía entre el 55% y 60% que tiene que provenir de hidratos de carbono total de la dieta para los adolescentes en el grupo etarios de 3 a 18 años. (47)

**Lípidos:** El término lípido, se origina del griego “lipos” que significa “grasas para alimentarse” o “grasas para funciones sagradas”. La palabra grasa proviene del latín “crassus”, que quiere decir grueso, denso, también sucio. (78)

**Proteínas:** Principal elemento estructural y funcional de las células del organismo que van desde su papel catalítico (enzimas) hasta su función en la motilidad corporal (actina, miosina), pasando por su papel mecánico (elastina, colágeno), de transporte y almacén (hemoglobina, mioglobina, citocromos), protección (anticuerpos), reguladora (hormonas), etc. (79)

**Vitaminas:** Es imprescindible para el buen funcionamiento celular del organismo y, estas se obtienen de los alimentos. (80)

**Minerales:** Son elementos inorgánicos necesarios para el organismo siendo componentes estructurales y reguladores de los procesos corporales. No pueden simplificarse en la alimentación diaria. (81)

## **CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1. Formulación de hipótesis**

Existe relación entre los hábitos alimenticios, actividad física y nivel socioeconómico con el estado nutricional durante la pandemia del centro comunitario del adolescente- Iquitos 2022.

## 2.2. Variables y su operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍNDICE	VALORES DEL ÍNDICE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE							
ESTADO NUTRICIONAL	Es el resultado a través de las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, en un espacio dado, representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales.	Cualitativa	IMC/EDAD	Ordinal	Delgadez.	<-2DE	Tabla de valoración nutricional del adolescente.
					Normal.	≥-2 DE a 1 DE	
					Sobrepeso.	≤- 2 DE	
					Obesidad.	≤3 DE a 3 DE	
			TALLA/EDAD	Ordinal	Talla baja	<-2DE	
					Talla normal	≥-2 DE a ≤- 2 DE	
					Talla alta	>2DE	
			PERÍMETRO ABDOMINAL	Ordinal	Riesgo bajo	Varón <94cm Mujer <88cm	
					Riesgo alto	≥94cm ≥88cm	
Riesgo muy alto	≥102cm ≥88cm						
VARIABLES INDEPENDIENTES							
HÁBITOS ALIMENTICIOS	Es la totalidad del comportamiento	Cualitativa	Encuesta	Ordinal	Saludables	30 puntos	

	adquirido por un individuo en cuanto a la elección, preparación y el consumo de alimentos.				No saludables	0-29 puntos	Encuesta de frecuencia de consumo
ACTIVIDAD FÍSICA	Son todos los movimientos corporales que el ser humano realiza durante un periodo de tiempo determinado.	Cualitativa	Encuesta	Ordinal	Actividad física leve.	7-14 puntos	Encuesta validada sobre nivel de actividad física.
					Actividad física moderada.	8-15 puntos	
					Actividad física intensa.	16-24 puntos	
NIVEL SOCIOECONÓMICO	El estatus es un componente fundamental que establece la salud y el estilo de vida sociológica y económica de una sociedad individual o familiar en relación a otras personas.	Cualitativa	Nivel socioeconómico	Ordinal	Alto/Medio alto(A)	33 o más puntos	Encuesta validada sobre nivel socioeconómico.
					Medio(B)	27-32 puntos	
					Bajo Superior(C)	21-26 puntos	
					Bajo Inferior(D)	13-20 puntos	
					Marginal(E)	5-12 puntos	

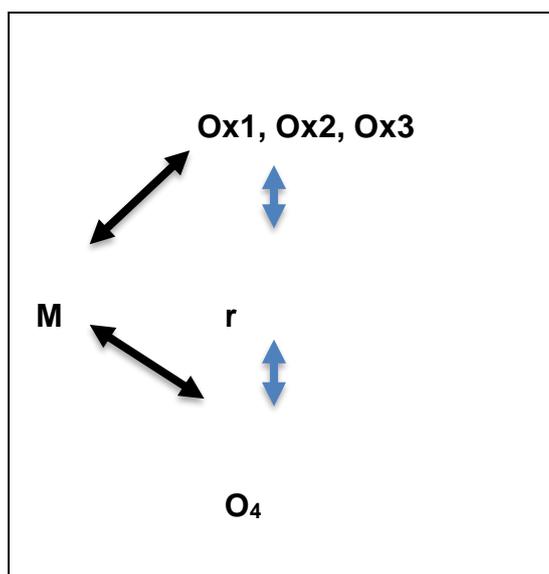
## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 3.1. Tipo de investigación y diseño de estudio

La presente investigación tiene enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con diseño descriptivo correlacional y toma de datos de corte transversal.

- **Enfoque Cuantitativo.** Se considera de enfoque cuantitativo debido a que los datos de las variables fueron tomados con base en la medición numérica y análisis estadístico.
- **No Experimental.** Las variables de estudio no fueron manipuladas y se analizaron las situaciones existentes.
- **Descriptivo Correlacional.** Describe si las variables independientes que tienen correlación con la variable dependiente.
- **Corte transversal.** La recopilación de datos se realizó de una sola vez por cada persona y realizado de mayo-junio 2022.

Diagrama del diseño.



Donde:

M: Pacientes adolescentes del centro comunitario del adolescente

Ox1, Ox2, Ox3: Observación de los hábitos alimenticios, actividad física y nivel socioeconómico.

Ox4: Observación del estado nutricional.

r: Posible relación entre las variables de estudio.

### **3.2. Diseño muestral**

#### **3.2.1. Selección del área o ámbito de estudio**

Centro comunitario del adolescente IPRESS América I-3, ubicado en calle las Américas 279 AA. HH Aeropuerto-Distrito de San Juan Bautista en la ciudad de Iquitos, provincia de Maynas, departamento de Loreto, cuya labor consiste en la supervisión y control permanente de un adecuado manejo y atención integral de salud del adolescente de 12 a 17 años y 11 meses.

#### **3.2.2. Población de estudio**

La población de estudio fueron los adolescentes del distrito de San Juan Bautista que oscilan entre 12 a 17 años

#### **3.2.3. Tipo de muestreo y selección de la muestra**

El tipo de muestreo fue por conveniencia y contó con 151 pacientes que asistieron en los meses de mayo y junio del año 2022 con registro de atención que asistieron al centro comunitario del adolescente IPRESS América I-3.

### **3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión.

- Adolescentes de ambos sexos con edad de 12 a 17 años.
- Adolescentes que desearon participar voluntariamente y con autorización del padre de familia.
- Adolescentes con estado de salud óptimo.

Criterios de exclusión.

- Adolescentes que no desean participar de manera voluntaria y cuyo padres o tutores no consintieron la participación de sus menores hijos.
- Adolescentes con alguna enfermedad crónica que impidiera la toma de datos antropométricos.
- Adolescentes mujeres en estado de gestación.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.3.1. Procedimiento**

Previa autorización al director del Centro Comunitario del Adolescente IPRESS América I-3. Se solicitó el consentimiento informado a los padres o tutores a cargo del adolescente y se procedió con la aplicación de la técnica a través de la encuesta.

Se aplicaron 3 tipos de encuestas una de frecuencia de consumo, una de actividad física, una de nivel socioeconómico previamente validados y una ficha nutricional. Cada encuesta (frecuencia de consumo y actividad física) fue registrado de manera personalizada por los pacientes adolescente y los padres o tutores a cargo quienes también participaron en la toma de registro de información para la encuesta del nivel socioeconómico. La ficha nutricional fue utilizada por las investigadoras para el registro de los datos antropométricos de cada paciente adolescente.

Se tuvo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión y también se respetaron los aspectos éticos de la investigación; una vez recolectada toda la información mediante las diversas encuestas, se procedió al análisis estadístico a través de tablas y gráficos, el cual nos permitió concluir la investigación.

### **Estado nutricional**

Se utilizó una ficha nutricional donde incluyó datos antropométricos de cada paciente adolescente (ANEXO N° 01). Adaptado por la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adolescente. (60)

Para la valoración nutricional o evaluación nutricional antropométrica se utilizaron los datos de peso, talla para edad(talla/edad), índice de masa corporal para edad (imc/edad) y perímetro abdominal (ANEXO N° 02,03 ,04).

Se utilizaron las tablas de valoración nutricional antropométrica para varones y mujeres de 5 a 19 años elaboradas por CENAN (ANEXO N° 05).

Las mediciones fueron realizadas según la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adolescente (60) (ANEXO N° 06).

### **Hábitos alimenticios**

Se utilizó la encuesta de frecuencia de consumo nunca, diario, semanal, quincenal y mensual, dónde los alimentos fueron divididos de acuerdo al grupo que pertenecen, en la escala de clasificación se consideraron los puntos menores de 29 no saludables y de 30 puntos a más saludables validado por la tesis de Lozano-Trauco. (82)(ANEXO N° 07).

### **Actividad física**

Se utilizó la encuesta de actividad física que contó con 10 ítems con escala de clasificación actividad física leve de 1 a 7 puntos, actividad física

moderada de 8 a 15 puntos, actividad física intensa de 16 a 24 puntos validado por la tesis de Chávez-Ruiz.(16)(ANEXO N° 08)

### **Nivel socioeconómico**

Se utilizó la encuesta de nivel socioeconómico que contó con 5 ítems con escala de clasificación NSE A categoría alto/ medio alto de 33 o más puntos, NSE B categoría medio de 27 – 32 puntos, NSE C categoría bajo superior de 21 – 26 puntos, NSE D categoría bajo inferior de 13 – 20 puntos, NSE E categoría marginal de 5 – 12 puntos, validado por Vera-Romero. (73) (ANEXO N° 09).

### **3.3.2. Instrumentos de recolección de datos**

**Encuestas:** Para identificar los hábitos alimenticios, actividad física y nivel socioeconómico de cada paciente adolescente se aplicó tres tipos de encuestas para cada uno de ellas.

**Ficha nutricional:** Se utilizó para el registro de datos antropométricos.

**Balanza digital:** Debidamente calibrada para la toma del peso, cuyos datos fueron registrados en kilogramos.

**Tallímetro de madera:** La talla se obtuvo mediante el uso de tallímetro de madera y se registraron en centímetros.

**Cinta métrica retráctil.** Para el perímetro abdominal se utilizó una cinta métrica retráctil que también fueron registrados en centímetros en la ficha nutricional que a través de los puntos de corte riesgo bajo <94cm, riesgo alto ≥94cm y ≥102cm en varones y en mujeres riesgo bajo <80cm, riesgo alto ≥80cm y riesgo muy alto ≥88cm establecidos por la OMS (63), nos permitió conocer el diagnóstico de cada paciente adolescente.

**Tablas de valoración nutricional:** Mediante los puntos de corte delgadez < -2DE, normal ≥ -2 DE a 1 DE, sobrepeso ≤ - 2 DE y obesidad ≤ 3 DE a 3 DE en IMC/EDAD; < - 2DE talla baja, ≥ -2DE a ≤ - 2DE talla normal, > 2DE talla alta en TALLA/EDAD nos permitió conocer el diagnóstico de cada paciente adolescente.

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

Una vez desarrollada la encuesta y aplicado los instrumentos para la toma de datos, se procedió a su respectivo procesamiento para cual se utilizó la hoja de cálculo Microsoft Excel 365 y el software estadístico SPSS versión 26 para el análisis descriptivo univariado y bivariado. Para el análisis estadístico se utilizó tablas, gráficos y las pruebas estadísticas chi cuadrado, razón de verosimilitud, exacta de Fisher y asociación lineal por lineal para determinar la existencia de correlación entre los hábitos alimenticios, actividad física, nivel socio económico y el estado nutricional de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.

### **3.5. Aspectos éticos**

Fueron respetados los aspectos éticos donde se tuvo en reserva la identidad de los participantes, como el derecho de desistir en cualquier momento. Antes de iniciar el estudio se asignó una carta de consentimiento informado.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### **Análisis descriptivo de los datos de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.**

Los pacientes encuestados que se atienden en el Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 4) es en mayor proporción de sexo femenino (57.6%) que de sexo masculino (42.4%).

**Tabla 4.** Distribución de la variable sexo de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	87	57.6
Masculino	64	42.4
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>

Los pacientes encuestados de sexo femenino que se atienden en el Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 5) tienen un peso promedio de  $49.49 \pm 7.49$  kg y los de sexo masculino tienen  $54.12 \pm 9.12$  kg según la variabilidad observada en los datos los pesos son regularmente heterogéneos al parecer esto se debe a que los encuestados tienen diferentes edades.

**Tabla 5.** Peso de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.

<b>Sexo</b>	<b>Promedio</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>	<b>Peso mínimo</b>	<b>Peso máximo</b>
Femenino	49.49	$\pm 7.49$	15.15%	36.0	74.0
Masculino	54.12	$\pm 9.12$	16.84%	37.0	81.0

D.E.: Desviación estándar, C.V.: Coeficiente de variación

Los pacientes encuestados de sexo femenino que se atienden en el Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 6) tienen una talla promedio de  $152.1 \pm 4.8$  cm y los de sexo masculino tienen una talla promedio de  $160.2 \pm 7.4$  cm según la variabilidad observada en los datos las tallas de los pacientes de sexo

femenino son muy homogéneos y las tallas de los pacientes de sexo masculino se clasifican como homogéneos.

**Tabla 6.** Talla de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.

Sexo	Promedio	D.E.	C.V.	Talla mínima	Talla máxima
Femenino	152.1	±4.8	3.17%	140.0	161.0
Masculino	160.2	±7.4	4.62%	143.0	178.0

D.E.: Desviación estándar, C.V.: Coeficiente de variación

### Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.

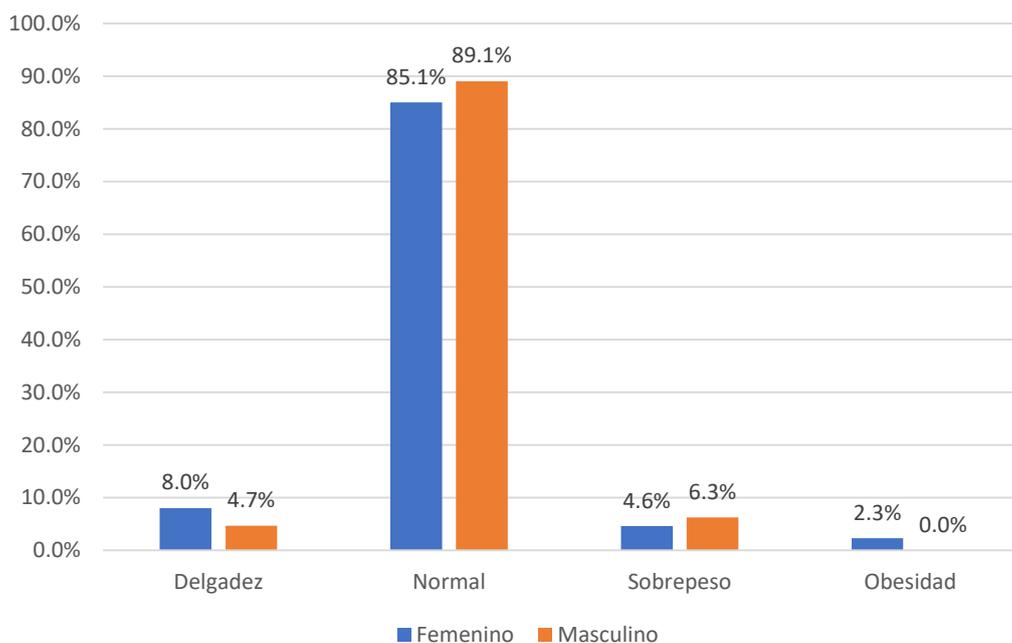
La Tabla 7 y la Figura 1 muestran el estado nutricional según IMC/EDAD de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente. Al analizar estos datos se observa que tanto los pacientes de sexo masculino como de sexo femenino describen un estado nutricional similar en cuanto al IMC/EDAD, es decir, la mayoría de los pacientes poseen un IMC/EDAD normal, 85.1% para las mujeres y 89.1% para los hombres, existe una mínima proporción de pacientes en estado de obesidad, 2.3% para los pacientes de sexo femenino y 0.0% para los pacientes de sexo masculino.

**Tabla 7.** Estado nutricional IMC/EDAD de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente por sexo.

Estado nutricional según IMC/EDAD	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Delgadez	7	8.0	3	4.7	10	6.6
Normal	74	85.1	57	89.1	131	86.6
Sobrepeso	4	4.6	4	6.3	8	5.3
Obesidad	2	2.3	0	0.0	2	1.3
Total	87	100.0	64	100.0	151	100.0

Los pacientes con sobrepeso también representan una cantidad baja, 4.6% para el sexo femenino y 6.3% para el sexo masculino. Finalmente, existen un grupo de pacientes en estado de delgadez con 8.0% para el sexo femenino y 4.7% para el sexo masculino.

**Figura 1.** Estado nutricional IMC//EDAD de los pacientes del Centro Comunitario Adolescente por sexo



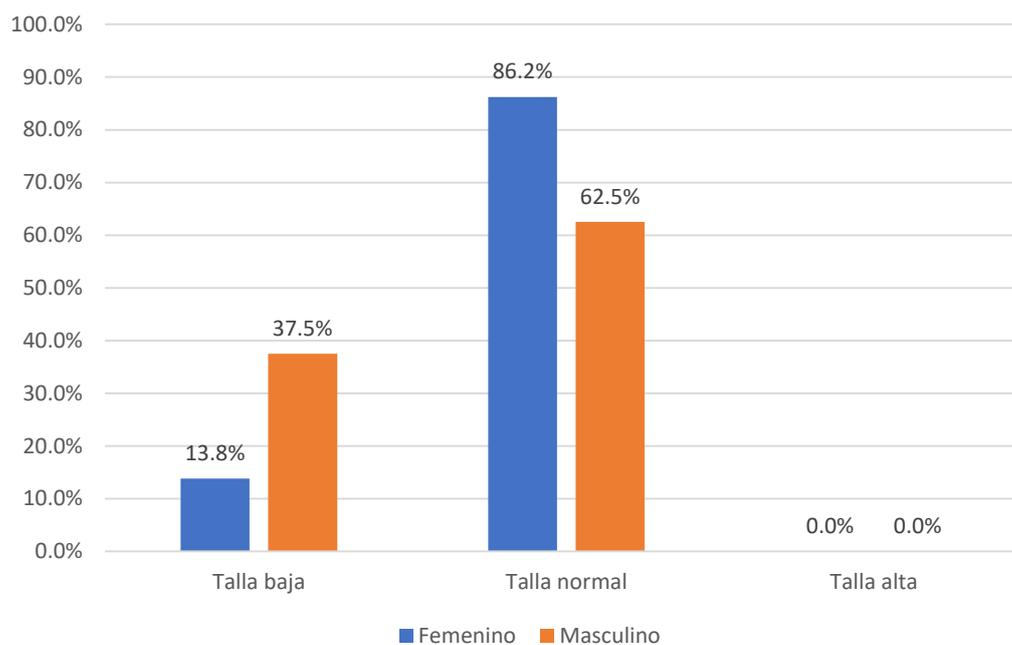
### **Talla para la Edad de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.**

Al analizar la talla para la edad de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 8), se observa que el 76.2% de los pacientes tienen una talla normal, el 23.8% tiene una talla baja y ninguno tiene talla alta (0.0%). Al analizar la talla para la edad de los pacientes del Centro Comunitario para el Adolescente según sexo, observamos que 86.2% de las mujeres son de talla normal y el 13.8% son de talla baja para su edad. En cuanto a los varones, el 62.5% son de talla normal y 37.5% son de talla baja para su edad. Se puede notar que existe una mayor proporción de pacientes de sexo masculino que tienen una talla baja para su edad (Figura 2).

**Tabla 8.** Talla para la edad (TALLA/EDAD) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.

Talla para la edad/(TALLA/EDAD)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	n	%	N	%		
Talla baja	12	13.8	24	37.5	36	23.8
Talla normal	75	86.2	40	62.5	115	76.2
Talla alta	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	87	100.0	64	100.0	151	100.0

**Figura 2.** Talla para la edad de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.



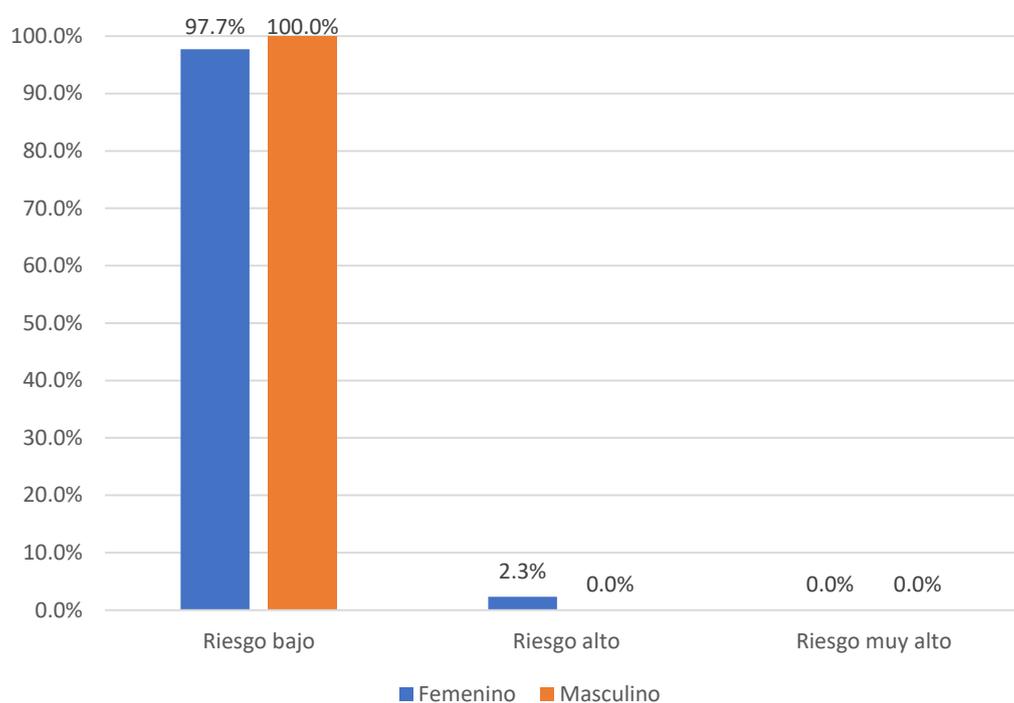
**Perímetro abdominal (P.A) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.**

El estado nutricional según el perímetro abdominal se muestra en la Tabla 9 y la Figura 3. Se observa que casi la totalidad de los adolescentes se encuentran con “riesgo bajo” respecto a su estado nutricional de acuerdo con el perímetro abdominal, es decir, 97.7% de los pacientes se sexo femenino y el 100.0% de los pacientes de sexo masculino se encuentran con “riesgo bajo”. Sólo un 2.3% de los pacientes de sexo femenino se encuentran se “riesgo alto” y ningún paciente se encuentra en “riesgo muy alto”.

**Tabla 9.** Estado nutricional /P. A de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.

Estado nutricional/Perímetro abdominal	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	n	%	N	%		
Riesgo bajo	85	97.7	64	100.0	149	98.7
Riesgo alto	2	2.3	0	0.0	2	1.3
Riesgo muy alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	87	100.0	64	100.0	151	100.0

**Figura 3.** Estado nutricional de acuerdo con el perímetro abdominal de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.



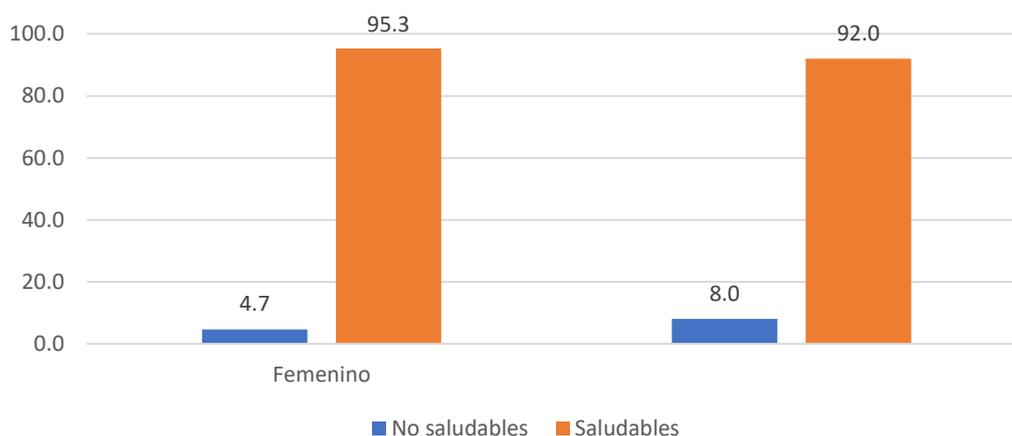
### Hábitos alimenticios

El análisis de los hábitos alimenticios de los pacientes que se atienden en el Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 10) dio como resultado que 93.4% tienen hábitos saludables y el 6.6 % tienen hábitos no saludables. El análisis de los hábitos alimentarios según sexo dio como resultado que, para el caso de los pacientes de sexo femenino, el 92.0% tiene hábitos saludables y el 8.0% tiene hábitos no saludables y para el caso de los pacientes de sexo masculino, el 95.3% tiene hábitos saludables y el 4.7% tiene hábitos no saludables (Figura 4).

**Tabla 10.** Hábitos alimenticios de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo

Hábitos	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	n	%
<b>No saludables</b>	3	4.7	7	8.0	10	6.6
<b>Saludables</b>	61	95.3	80	92.0	141	93.4
<b>Total</b>	64	100.0	87	100.0	151	100.0

**Figura 4.** Hábitos alimenticios de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo.



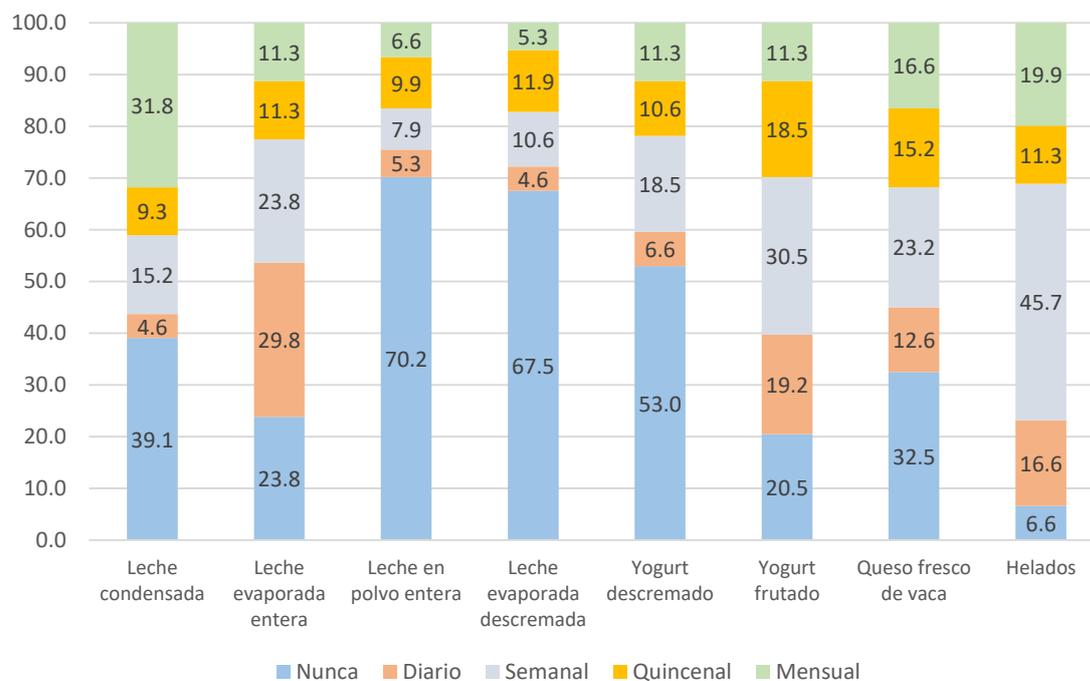
### Frecuencia de consumo de lácteos y derivados.

Con respecto al consumo de lácteos y derivados, se observa tanto en la Tabla 11 como en la Figura 5, que la leche evaporada entera es el producto consumido con mayor frecuencia diaria (29.8%), seguido del yogurt frutado (19.2%), helado (16.6%) y queso fresco de vaca (12.6%).

**Tabla 11.** Frecuencia de consumo de lácteos y derivados (%)

ALIMENTO	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Leche condensada	39.1	4.6	15.2	9.3	31.8
Leche evaporada entera	23.8	29.8	23.8	11.3	11.3
Leche en polvo entera	70.2	5.3	7.9	9.9	6.6
Leche evaporada descremada	67.5	4.6	10.6	11.9	5.3
Yogurt descremado	53.0	6.6	18.5	10.6	11.3
Yogurt frutado	20.5	19.2	30.5	18.5	11.3
Queso fresco de vaca	32.5	12.6	23.2	15.2	16.6
Helado	6.6	16.6	45.7	11.3	19.9

**Figura 5.** Frecuencia de consumo de lácteos y derivados (%)



## Frecuencia de consumo de huevos, carnes y pescados

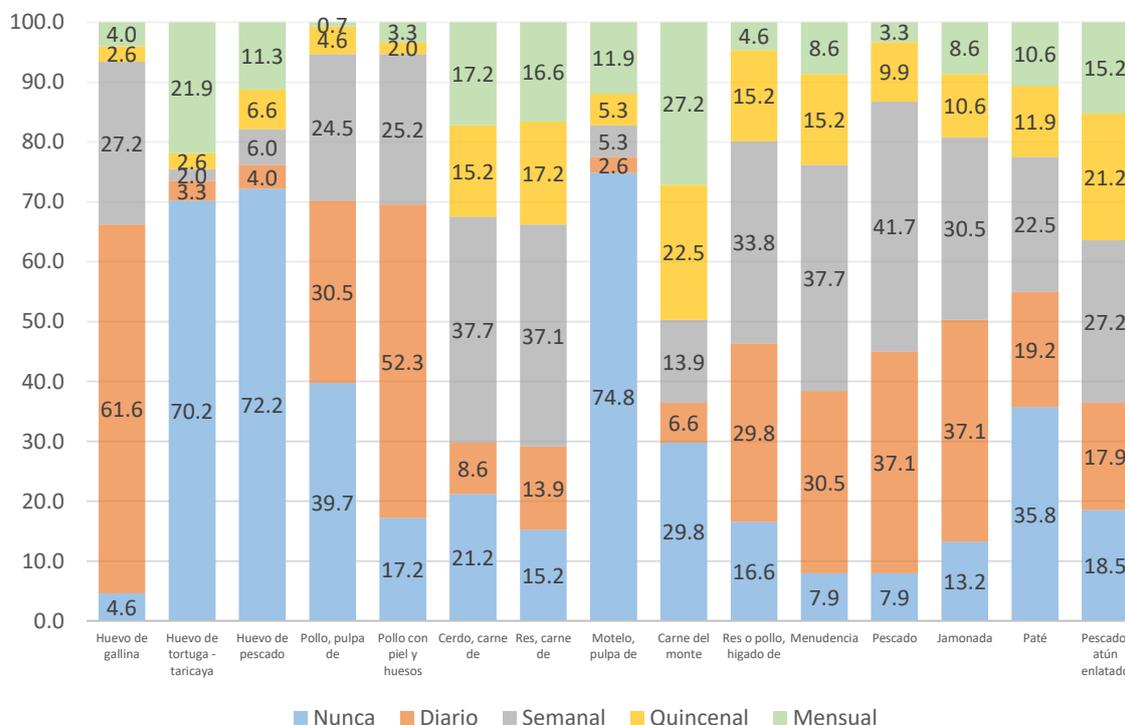
La mayor frecuencia de consumo diario de huevos, carnes y pescados (Tabla 12) se observa en el consumo de huevo de gallina (61.6%), seguido del pollo con piel y huesos (52.3%) y la jamonada (37.1%), luego, el pescado (42.7%), la carne de cerdo (37.7%), de res (37.1) y las menudencias (37.7) se consumen mayormente semanal (Figura 6).

**Tabla 12.** Frecuencia de consumo de huevos, carnes y pescados (%)

ALIMENTO	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Huevo de gallina	4.6	61.6	27.2	2.6	4.0
Huevo de tortuga – taricaya	70.2	3.3	2.0	2.6	21.9
Huevo de pescado	72.2	4.0	6.0	6.6	11.3
Pollo, pulpa de	39.7	30.5	24.5	4.6	0.7
Pollo con piel y huesos	17.2	52.3	25.2	2.0	3.3
Cerdo, carne de	21.2	8.6	37.7	15.2	17.2
Res, carne de	15.2	13.9	37.1	17.2	16.6
Motelo, pulpa de	74.8	2.6	5.3	5.3	11.9
Carne del monte*	29.8	6.6	13.9	22.5	27.2
Res o pollo, hígado de	16.6	29.8	33.8	15.2	4.6
Menudencia	7.9	30.5	37.7	15.2	8.6
Pescado	7.9	37.1	41.7	9.9	3.3
Jamonada	13.2	37.1	30.5	10.6	8.6
Paté	35.8	19.2	22.5	11.9	10.6
Pescado, atún enlatado	18.5	17.9	27.2	21.2	15.2

\* Majas, sajino, ronsoco o venado.

**Figura 6.** Frecuencia de consumo de huevos, carnes y pescados (%)



### Frecuencia de consumo de verduras, hortalizas y tubérculos

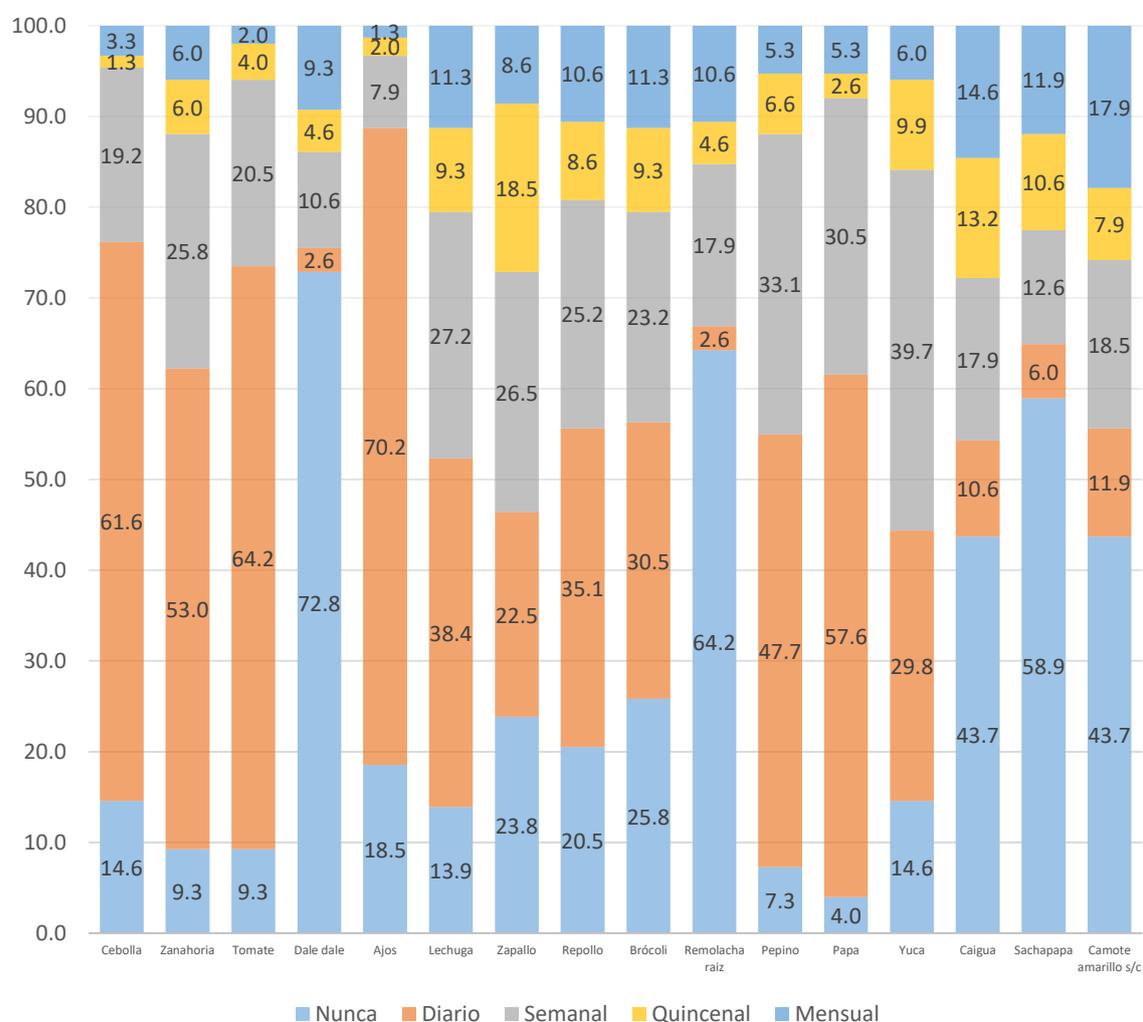
En cuanto al consumo de verduras, hortalizas y tubérculos (Tabla 13), el producto de mayor consumo diario es el ajo (70.2%), seguido del tomate (64.2%), la cebolla (61.6%), la papa (57.6%), el pepino (47.7%) y la lechuga (38.4%). La yuca (39.7%) mayormente se consume semanal (Figura 7).

**Tabla 13.** Frecuencia de consumo de verduras, hortalizas y tubérculos (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Cebolla	14.6	61.6	19.2	1.3	3.3
Zanahoria	9.3	53.0	25.8	6.0	6.0
Tomate	9.3	64.2	20.5	4.0	2.0
Dale dale	72.8	2.6	10.6	4.6	9.3
Ajos	18.5	70.2	7.9	2.0	1.3
Lechuga	13.9	38.4	27.2	9.3	11.3
Zapallo	23.8	22.5	26.5	18.5	8.6

Repollo	20.5	35.1	25.2	8.6	10.6
Brócoli	25.8	30.5	23.2	9.3	11.3
Remolacha raíz	64.2	2.6	17.9	4.6	10.6
Pepino	7.3	47.7	33.1	6.6	5.3
Papa	4.0	57.6	30.5	2.6	5.3
Yuca	14.6	29.8	39.7	9.9	6.0
Caigua	43.7	10.6	17.9	13.2	14.6
Sachapapa	58.9	6.0	12.6	10.6	11.9
Camote amarillo s/c	43.7	11.9	18.5	7.9	17.9

**Figura 7.** Frecuencia de consumo de verduras, hortalizas y tubérculos (%)



## Frecuencia de consumo de frutas y derivados.

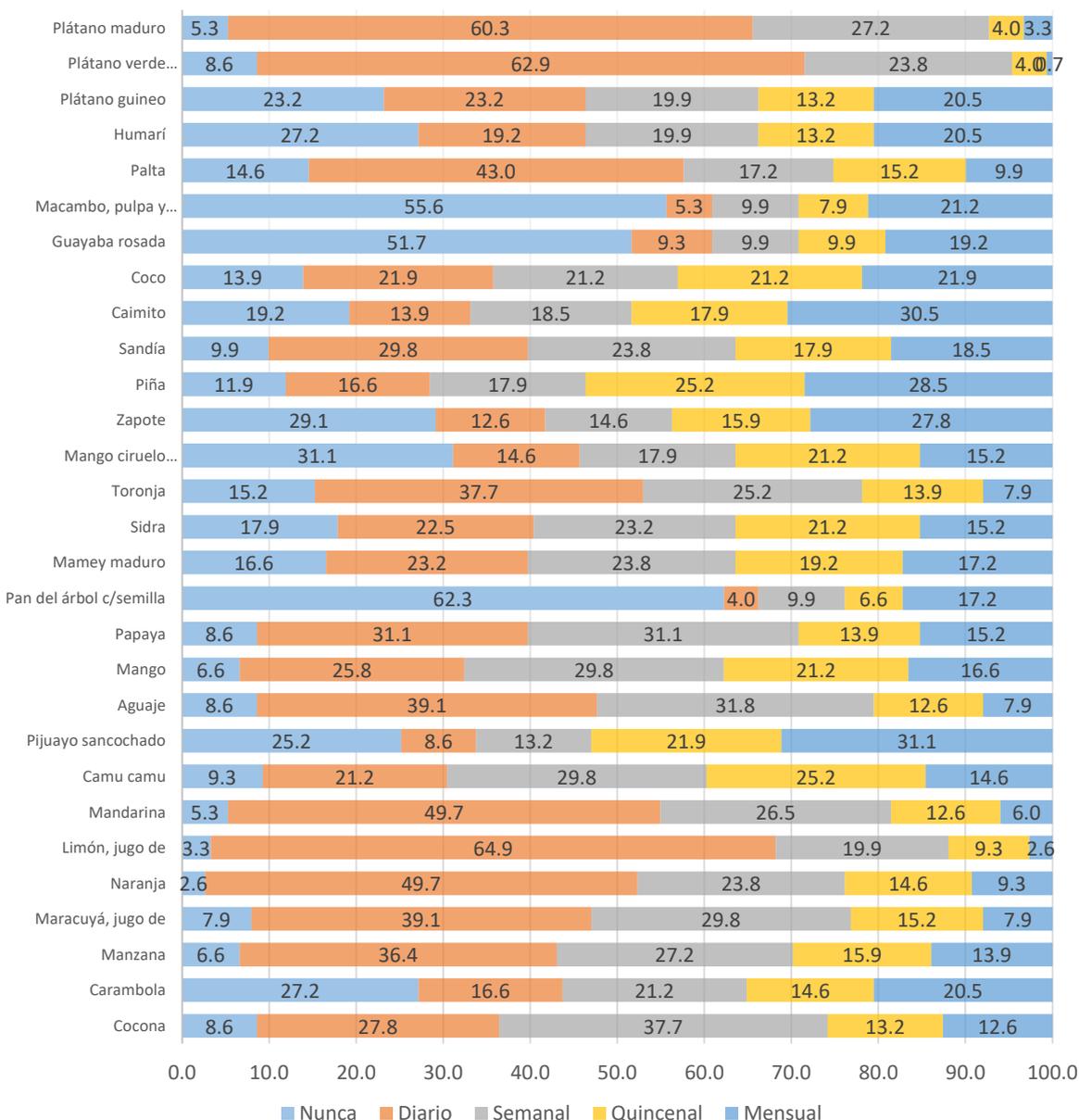
Al analizar el consumo de frutas y derivados (Tabla 14), se puede observar que la mayor frecuencia de consumo diario corresponde al jugo de limón (64.9%), seguido del plátano verde sancochado (62.9%), el plátano maduro (60.3%), la mandarina (49,7%) y la palta (43.0%). La cocona (37.7%) se consume mayormente semanal (Figura 8).

**Tabla 14.** Frecuencia de consumo de frutas y derivados (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Cocona	8.6	27.8	37.7	13.2	12.6
Carambola	27.2	16.6	21.2	14.6	20.5
Manzana	6.6	36.4	27.2	15.9	13.9
Maracuyá, jugo de	7.9	39.1	29.8	15.2	7.9
Naranja	2.6	49.7	23.8	14.6	9.3
Limón, jugo de	3.3	64.9	19.9	9.3	2.6
Mandarina	5.3	49.7	26.5	12.6	6.0
Camu camu	9.3	21.2	29.8	25.2	14.6
Pijuayo sancochado	25.2	8.6	13.2	21.9	31.1
Aguaje	8.6	39.1	31.8	12.6	7.9
Mango	6.6	25.8	29.8	21.2	16.6
Papaya	8.6	31.1	31.1	13.9	15.2
Pan del árbol c/semilla	62.3	4.0	9.9	6.6	17.2
Mamey maduro	16.6	23.2	23.8	19.2	17.2
Sidra	17.9	22.5	23.2	21.2	15.2
Toronja	15.2	37.7	25.2	13.9	7.9
Mango ciruelo (Taperiba)	31.1	14.6	17.9	21.2	15.2
Zapote	29.1	12.6	14.6	15.9	27.8
Piña	11.9	16.6	17.9	25.2	28.5
Sandía	9.9	29.8	23.8	17.9	18.5
Caimito	19.2	13.9	18.5	17.9	30.5
Coco	13.9	21.9	21.2	21.2	21.9
Guayaba rosada	51.7	9.3	9.9	9.9	19.2
Macambo, pulpa y semilla	55.6	5.3	9.9	7.9	21.2

Palta	14.6	43.0	17.2	15.2	9.9
Humarí	27.2	19.2	19.9	13.2	20.5
Plátano guineo	23.2	23.2	19.9	13.2	20.5
Plátano verde sancochado	8.6	62.9	23.8	4.0	0.7
Plátano maduro	5.3	60.3	27.2	4.0	3.3

**Figura 8.** Frecuencia de consumo de frutas y derivados (%)



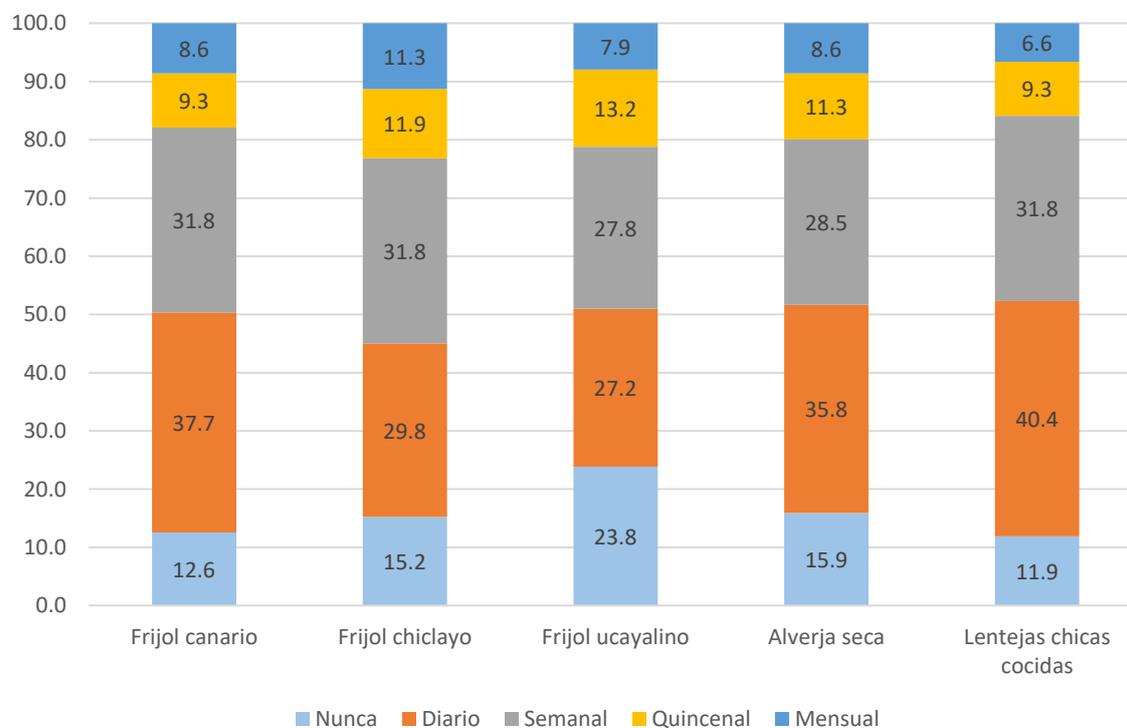
## Frecuencia de consumo de legumbres

En cuanto al consumo de legumbres (Tabla 15), se observa que la mayor frecuencia diaria lo tiene las lentejas chicas cocidas (40.4%), seguido del frijol canario (37.7%) y la alverja seca (35.8%). El frijol Chiclayo (31.8%) y frijol ucayalino (27.8%) mayormente se consume semanal (Figura 9).

**Tabla 15.** Frecuencia de consumo de legumbres (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Frijol canario	12.6	37.7	31.8	9.3	8.6
Frijol Chiclayo	15.2	29.8	31.8	11.9	11.3
Frijol ucayalino	23.8	27.2	27.8	13.2	7.9
Alverja, seca	15.9	35.8	28.5	11.3	8.6
Lentejas chicas cocidas	11.9	40.4	31.8	9.3	6.6

**Figura 9.** Frecuencia de consumo de legumbres (%)



## Frecuencia de consumo de cereales y harinas

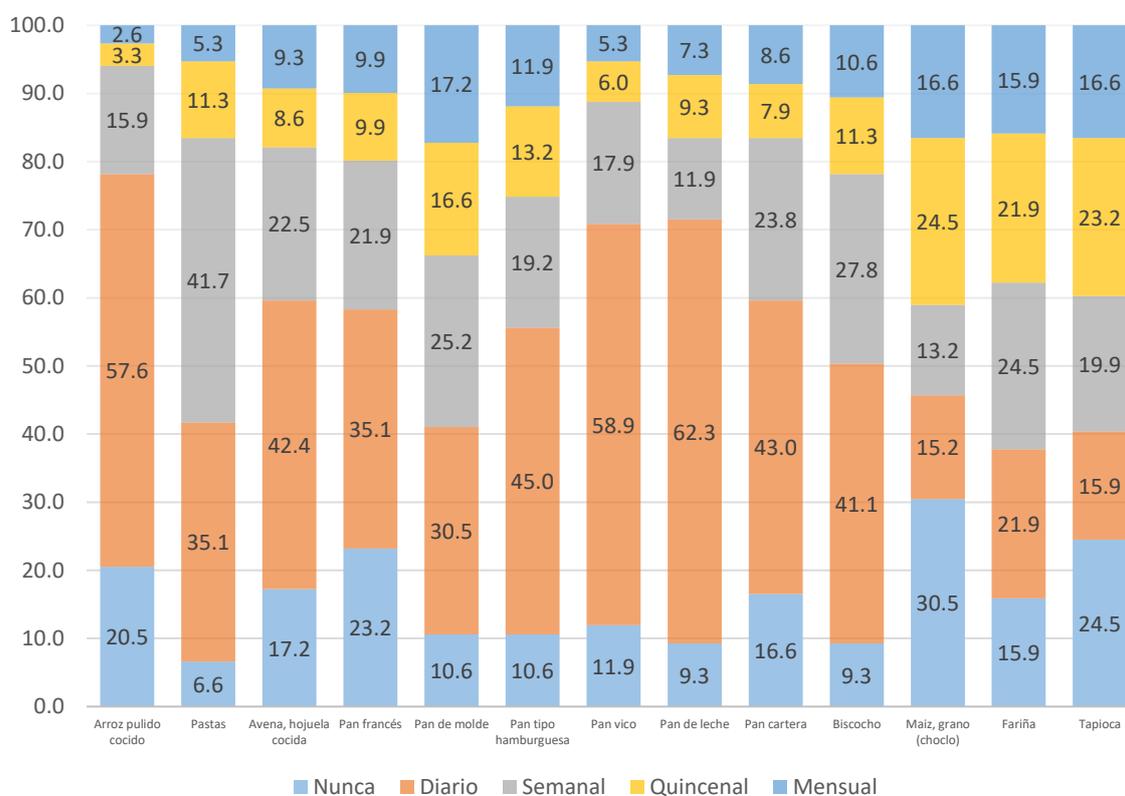
La mayor frecuencia diaria de cereales y harinas (Tabla 16), lo tiene el producto pan de leche (62.3%), seguido del pan vico (58.9%), el arroz pulido cocido (57.6%), el pan tipo hamburguesa (45.0%), el pan cartera (43.0%) y el pan francés (35.1%) y el pan molde (30.5%). Las pastas (41.7%) y la fariña (24.5%) se consumen con frecuencia semanal mayormente (Figura 10).

**Tabla 16.** Frecuencia de consumo de cereales y harinas (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Arroz pulido cocido	20.5	57.6	15.9	3.3	2.6
Pastas*	6.6	35.1	41.7	11.3	5.3
Avena, hojuela cocida	17.2	42.4	22.5	8.6	9.3
Pan francés	23.2	35.1	21.9	9.9	9.9
Pan de molde	10.6	30.5	25.2	16.6	17.2
Pan tipo hamburguesa	10.6	45.0	19.2	13.2	11.9
Pan vico	11.9	58.9	17.9	6.0	5.3
Pan de leche	9.3	62.3	11.9	9.3	7.3
Pan cartera	16.6	43.0	23.8	7.9	8.6
Biscocho	9.3	41.1	27.8	11.3	10.6
Maíz, grano (choclo)	30.5	15.2	13.2	24.5	16.6
Fariña	15.9	21.9	24.5	21.9	15.9
Tapioca	24.5	15.9	19.9	23.2	16.6

\* Fideos, macarrón y espaguetis

**Figura 10.** Frecuencia de consumo de cereales y harinas (%)



### Frecuencia de consumo de aceites y grasas

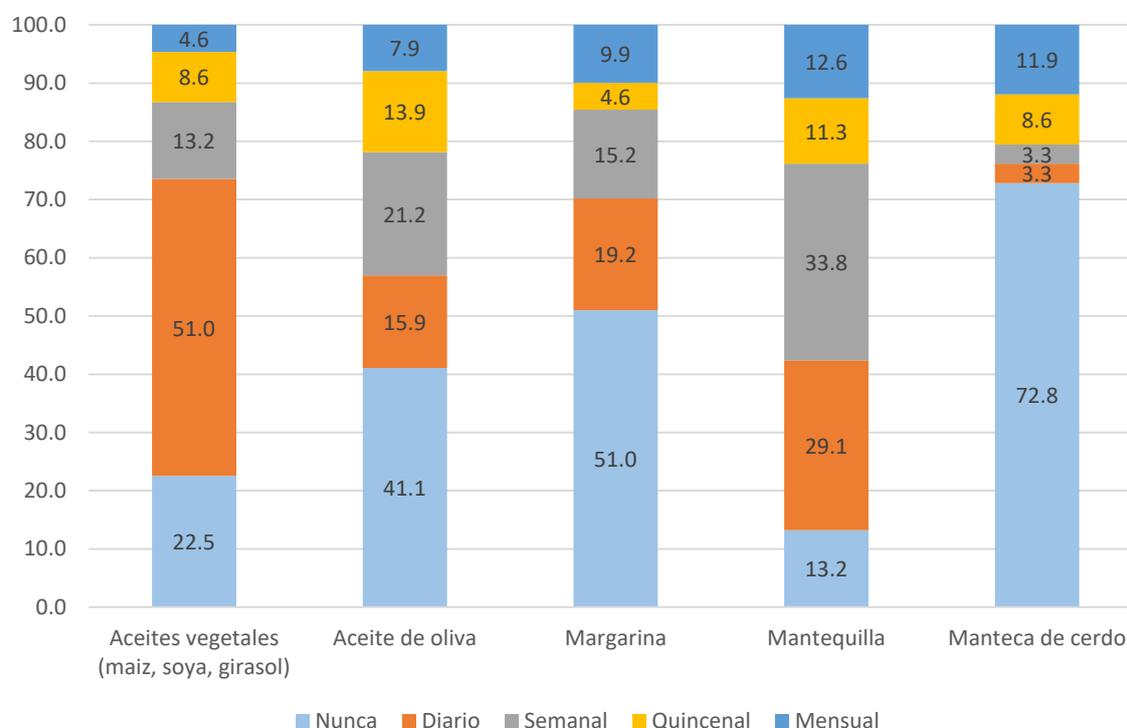
La mayor frecuencia diaria del consumo de aceites y grasas (Tabla 17) por parte de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente corresponde a los aceites vegetales de maíz, soya o girasol (51.0%), seguida de la mantequilla (29.1%) y la margarina (19.2%), aunque la mantequilla (33.8%) es más consumido semanalmente. La manteca de cerdo se consume muy poco (Figura 11).

**Tabla 17.** Frecuencia de consumo de aceites y grasas (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Aceites vegetales*	22.5	51.0	13.2	8.6	4.6
Aceite de oliva	41.1	15.9	21.2	13.9	7.9
Margarina	51.0	19.2	15.2	4.6	9.9
Mantequilla	13.2	29.1	33.8	11.3	12.6
Manteca de cerdo	72.8	3.3	3.3	8.6	11.9

\* Maíz, soya, girasol

**Figura 11.** Frecuencia de consumo de aceites y grasas (%)



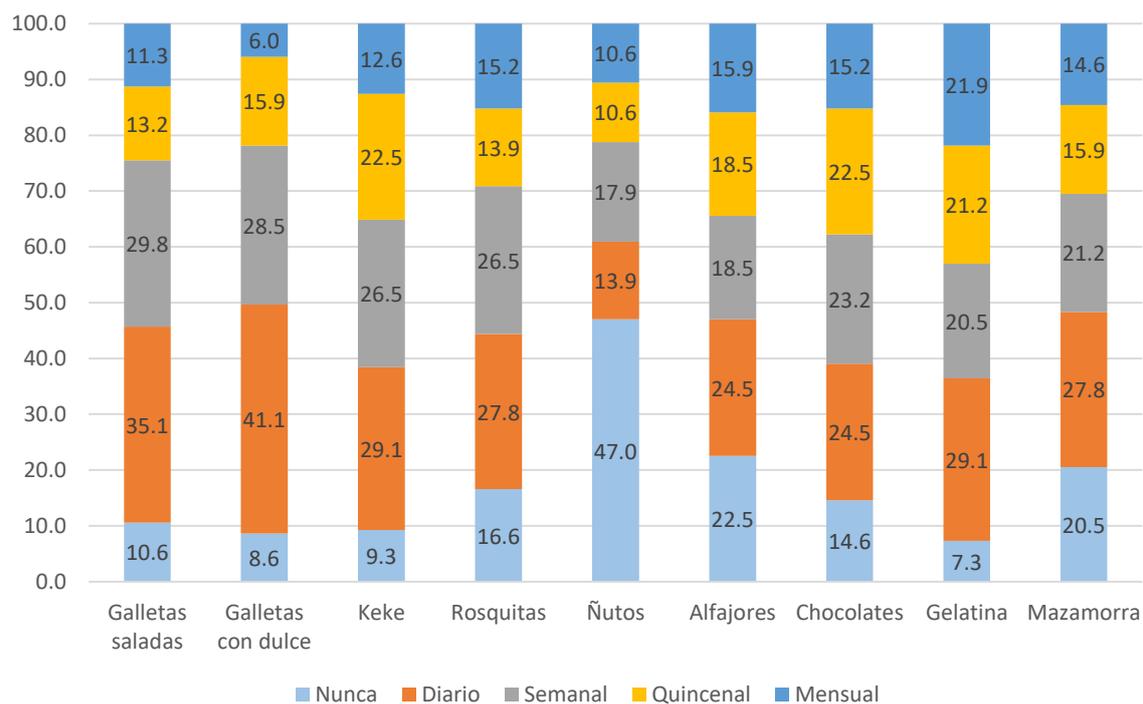
### Frecuencia de consumo de pastelería y dulces.

La mayor frecuencia de consumo diario de productos de pastelería y dulces (Tabla 18) les corresponde a las galletas con dulce (41.1%) seguida de las galletas saladas (35.1%), del keke (29.1%), la gelatina (29.1%), la mazamorra (27.8%), las rosquitas (27.8%), los alfajores (24.5%) y los chocolates (24.5%) (Figura 12).

**Tabla 18.** Frecuencia de consumo de pastelería y dulces (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Galletas saladas	10.6	35.1	29.8	13.2	11.3
Galletas con dulce	8.6	41.1	28.5	15.9	6.0
Keke	9.3	29.1	26.5	22.5	12.6
Rosquitas	16.6	27.8	26.5	13.9	15.2
Ñutos	47.0	13.9	17.9	10.6	10.6
Alfajores	22.5	24.5	18.5	18.5	15.9
Chocolates	14.6	24.5	23.2	22.5	15.2
Gelatina	7.3	29.1	20.5	21.2	21.9
Mazamorra	20.5	27.8	21.2	15.9	14.6

**Figura 12.** Frecuencia de consumo de pastelería y dulces (%)



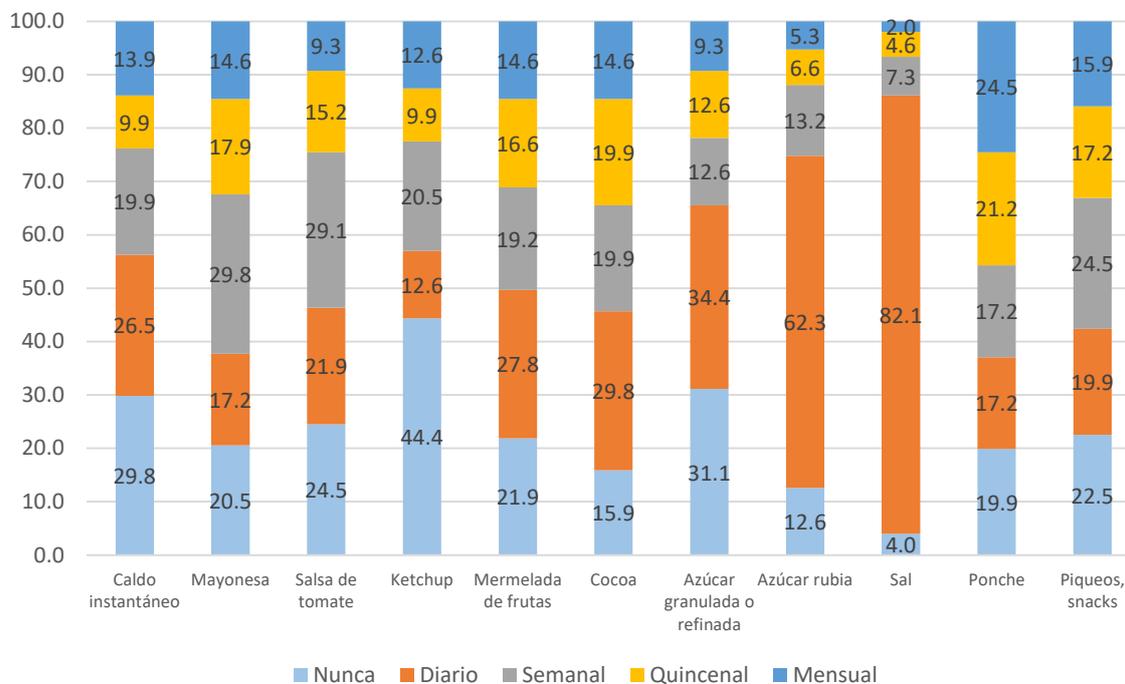
## Frecuencia de consumo de misceláneos y productos azucarados.

La mayor frecuencia diaria de consumo de misceláneos y productos azucarados (Tabla 19) le corresponde a sal (82.1%) seguida del azúcar rubio (62.3%), del azúcar granulada o refinada (34.4%), la cocoa (29.8%), la mermelada de frutas (27.8%) y el caldo instantáneo (26.5%) (Figura 13).

**Tabla 19.** Frecuencia de consumo de misceláneos y productos azucarados (%)

Alimento	Nunca	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual
Caldo instantáneo	29.8	26.5	19.9	9.9	13.9
Mayonesa	20.5	17.2	29.8	17.9	14.6
Salsa de tomate	24.5	21.9	29.1	15.2	9.3
Kétchup	44.4	12.6	20.5	9.9	12.6
Mermelada de frutas	21.9	27.8	19.2	16.6	14.6
Cocoa	15.9	29.8	19.9	19.9	14.6
Azúcar granulada o refinada	31.1	34.4	12.6	12.6	9.3
Azúcar rubia	12.6	62.3	13.2	6.6	5.3
Sal	4.0	82.1	7.3	4.6	2.0
Ponche	19.9	17.2	17.2	21.2	24.5
Piqueos, snacks	22.5	19.9	24.5	17.2	15.9

**Figura 13.** Frecuencia de consumo de misceláneos y productos azucarados (%)



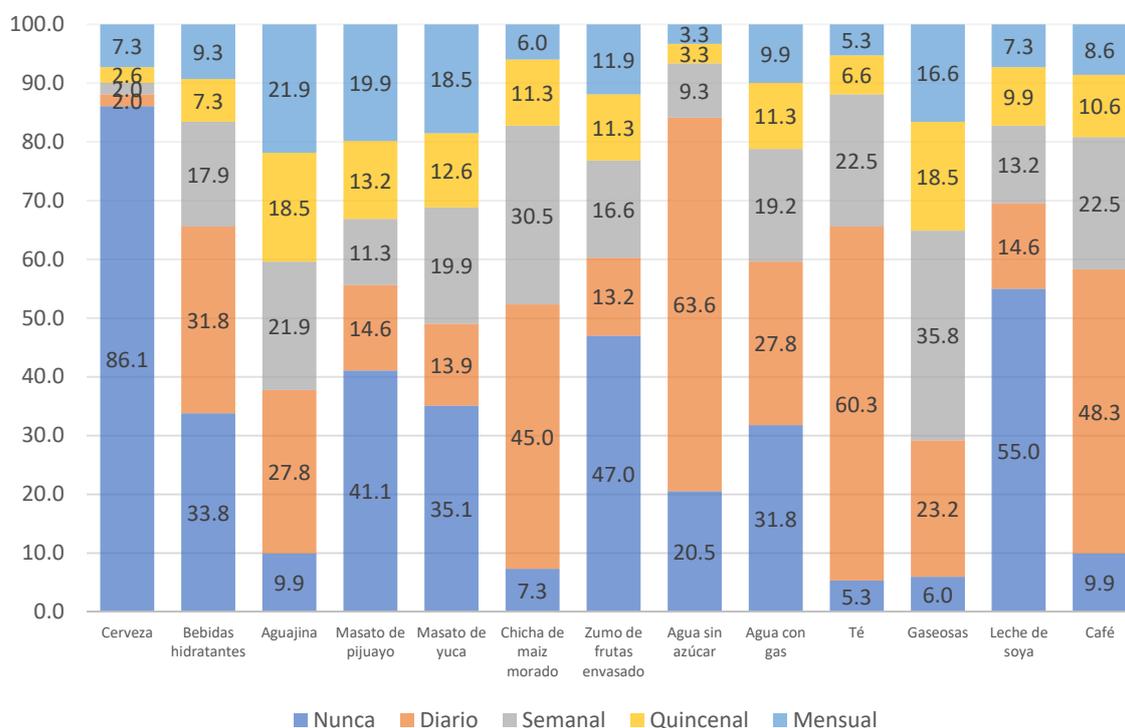
### Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y analcohólicas.

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas y analcohólicas (Tabla 20), el producto de mayor consumo diario es el agua sin azúcar (63.6%) seguido del te (60.3%), el café (48.3%), la chicha de maíz morado (45.0%) las bebidas hidratantes (31.8%) y el agua con gas (27.8%) (Figura 14).

**Tabla 20.** Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y analcohólicas (%)

<b>Alimento</b>	<b>Nunca</b>	<b>Diario</b>	<b>Semanal</b>	<b>Quincenal</b>	<b>Mensual</b>
Cerveza	86.1	2.0	2.0	2.6	7.3
Bebidas hidratantes	33.8	31.8	17.9	7.3	9.3
Aguajina	9.9	27.8	21.9	18.5	21.9
Masato de pijuayo	41.1	14.6	11.3	13.2	19.9
Masato de yuca	35.1	13.9	19.9	12.6	18.5
Chicha de maíz morado	7.3	45.0	30.5	11.3	6.0
Zumo de frutas envasado	47.0	13.2	16.6	11.3	11.9
Agua sin azúcar	20.5	63.6	9.3	3.3	3.3
Agua con gas	31.8	27.8	19.2	11.3	9.9
Té	5.3	60.3	22.5	6.6	5.3
Gaseosas	6.0	23.2	35.8	18.5	16.6
Leche de soya	55.0	14.6	13.2	9.9	7.3
Café	9.9	48.3	22.5	10.6	8.6

**Figura 14.** Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y analcohólicas (%)



### Actividad física

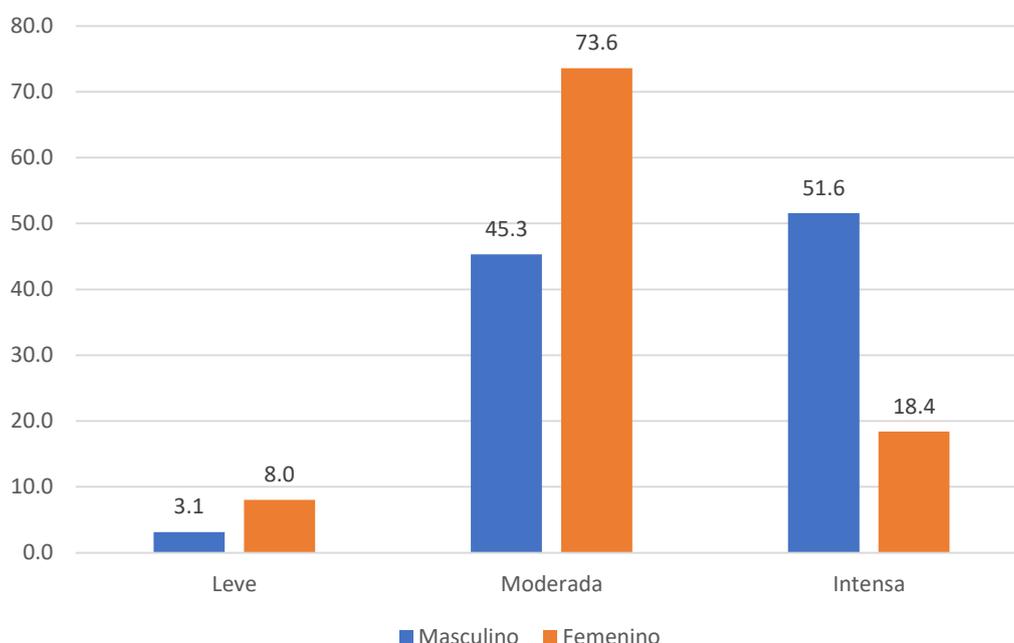
Al analizar la actividad física que desarrollan los pacientes del Centro Comunitario para el Adolescente (Tabla 21), se observa que 61.6% de los pacientes desarrolla una actividad física moderada, 32.5% desarrolla una actividad física intensa y el 6.0% desarrolla una actividad física leve.

**Tabla 21.** Actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo

Actividad física	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	n	%	N	%		
Leve	7	8.0	2	3.1	9	6.0
Moderada	64	73.6	29	45.3	93	61.6
Intensa	16	18.4	33	51.6	49	32.5
Total	87	100.0	64	100.0	151	100.0

Al analizar la actividad física que desarrollan los pacientes del Centro Comunitario para el Adolescente según sexo, observamos que 73.6% de las mujeres desarrolla una actividad física moderada, 18.4% desarrolla una actividad física intensa y 8.0% desarrolla una actividad física leve. En cuanto a los varones, el 51.6% desarrolla una actividad física intensa, 45.3% desarrolla una actividad física moderada y 3.1% desarrolla una actividad física leve. Se puede notar que existe una mayor proporción de pacientes de sexo masculino que desarrollan actividad física intensa comparado con los pacientes de sexo femenino (Figura 15).

**Figura 15.** Actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según sexo



### **Nivel socioeconómico de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.**

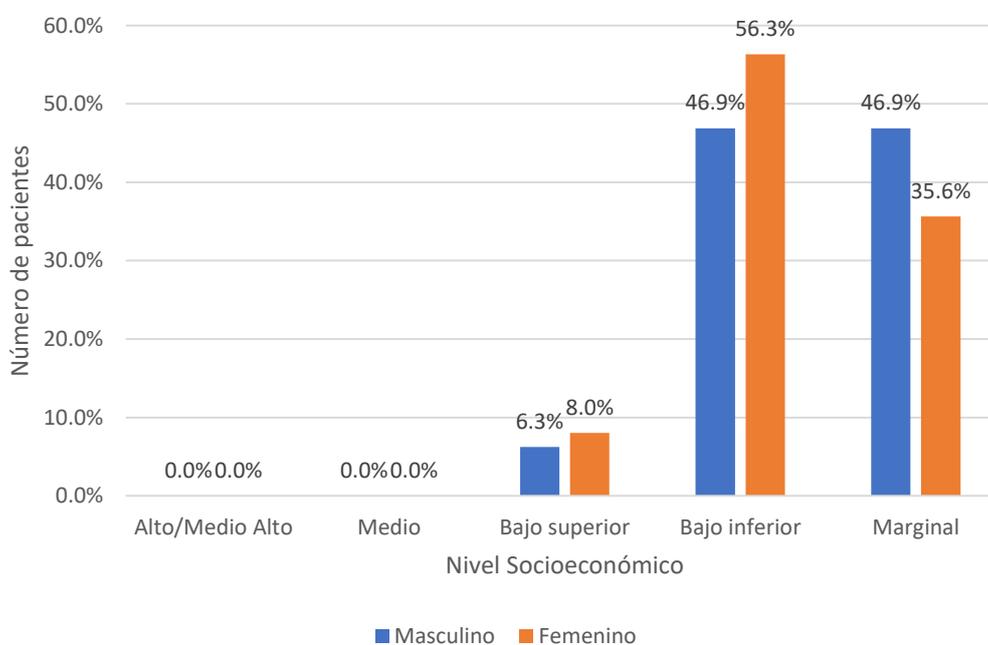
En la Tabla 22 se muestra la distribución del número de pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según el nivel socioeconómico al cual pertenecen. Se observa que la mayor cantidad de pacientes provienen de los estratos “Bajo Inferior” (52.3%) y “Marginal” (40.4%) seguido del estrato “Bajo Superior” (7.3%), no existe ningún paciente que pertenezca a los estratos “Alto”, “Medio alto” ni “Medio”.

**Tabla 22.** Nivel socioeconómico de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente.

Clasificación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	n	%	N	%		
Alto/Medio alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bajo superior	4	6.3	7	8.0	11	7.3
Bajo inferior	30	46.9	49	56.3	79	52.3
Marginal	30	46.9	31	35.6	61	40.4
<b>Total</b>					<b>151</b>	<b>100.0</b>

En la Figura 16, se puede observar la distribución de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente según el estrato socioeconómico al cual pertenecen y por sexo.

**Figura 16.** Distribución del número de pacientes según nivel socioeconómico y sexo



## Análisis bivariado.

### Análisis de los hábitos alimenticios de los pacientes en relación con el estado nutricional – Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD) según sexo.

El análisis de los hábitos alimenticios según el Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 23), reporta que, de los 141 pacientes con hábitos alimenticios saludables, el 7.1% están en estado de delgadez, 86.5% se encuentran en estado normal, 5.7% están con sobrepeso y 0.7% están con obesidad. De los 10 pacientes reportados con hábitos no saludables, 90% se encuentran en estado normal y 10% están en estado de obesidad. De acuerdo con la prueba chi cuadrado y la prueba de razón de verosimilitud, el Índice de Masa Corporal no están correlacionadas con los hábitos alimenticios (p-valor > 0.05).

**Tabla 23.** Hábitos alimenticios según el Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/EDAD).

IMC/EDAD	Hábitos alimenticios				Total	
	No saludables		Saludables		N	%
	N	%	N	%		
<b>Delgadez</b>	0	0.0	10	7.1	10	6.6
<b>Normal</b>	9	90.0	122	86.5	131	86.8
<b>Sobrepeso</b>	0	0.0	8	5.7	8	5.3
<b>Obesidad</b>	1	10.0	1	0.7	2	1.3
<b>Total</b>	10	100.0	141	100.0	151	100.0

Chi cuadrado = 7.375 (p-valor = 0.061)

Razón de verosimilitud = 5.273 (p-valor = 0.153)

### Análisis de los hábitos alimenticios de los pacientes en relación con el estado nutricional – Talla para la edad (TALLA/EDAD) según sexo.

El análisis de los hábitos alimenticios según la Talla para la Edad (TALLA/EDAD) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 24), reporta que, de los 141 pacientes con hábitos alimenticios saludables, el 76.6% tiene talla

normal, 23.4% tiene talla baja y ninguno tiene talla alta. De los 10 pacientes reportados con hábitos no saludables, el 70.0% tiene talla normal, el 30.0% tiene talla baja y ninguno tiene talla alta. De acuerdo con la prueba chi cuadrado, la prueba de razón de verosimilitud y la prueba exacta de Fisher, la Talla para la Edad no están correlacionadas con los hábitos alimenticios ( $p$ -valor  $> 0.05$ ).

**Tabla 24.** Hábitos Alimenticios según Talla para la Edad

TALLA/EDAD	Hábitos alimenticios				Total	
	No saludables		Saludables		N	%
	N	%	N	%		
<b>Baja</b>	3	30.0	33	23.4	36	23.8
<b>Normal</b>	7	70.0	108	76.6	115	76.2
<b>Alta</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	10	100.0	141	100.0	151	100.0

Chi cuadrado = 0.224 ( $p$ -valor = 0.636)

Razón de verosimilitud = 0.213 ( $p$ -valor = 0.644)

Prueba exacta de Fisher = 0.702 ( $p$ -valor = 0.441)

### **Análisis de los hábitos alimenticios de los pacientes en relación con el estado nutricional – Perímetro Abdominal (P.A) según sexo.**

El análisis de los hábitos alimenticios según el Perímetro Abdominal de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 25), reporta que, de los 141 pacientes con hábitos alimenticios saludables, el 98.6% tiene riesgo bajo, 1.4% tiene riesgo alto y ninguno se encuentra en riesgo alto. De los 10 pacientes reportados con hábitos no saludables, el 100.0% tiene riesgo bajo. De acuerdo con la prueba chi cuadrado, la prueba de razón de verosimilitud y la prueba exacta de Fisher, el Perímetro Abdominal no están correlacionadas con los hábitos alimenticios ( $p$ -valor  $> 0.05$ ).

**Tabla 25.** Hábitos Alimenticios según el Perímetro Abdominal

RIESGO	Hábitos alimenticios				Total	
	No saludables		Saludables		N	%
	n	%	n	%		
<b>Bajo</b>	10	100.0	139	98.6	149	98.7
<b>Alto</b>	0	0.0	2	1.4	2	1.3
<b>Muy alto</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	10	100.0	141	100.0	151	100.0

Chi cuadrado = 0.144 (p-valor = 0.705)

Razón de verosimilitud = 0.276 (p-valor = 0.599)

Prueba exacta de Fisher = 1.000 (p-valor = 0.872)

### **Análisis de la intensidad de la actividad física de los pacientes en relación con el estado nutricional – Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD) según sexo.**

El análisis de la actividad física según el Índice de Masa Corporal de los 151 pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 26), reporta que, de 10 pacientes con estado nutricional de delgadez, el 60% practican actividad física moderada, el 30% actividad física leve y el 10% actividad física intensa. De los 131 pacientes con estado nutricional normal, el 61.1% practican actividad física moderada, el 35.1 % actividad física intensa y el 3.8% actividad física leve. Para los 8 pacientes que se encuentran en estado nutricional con sobrepeso, el 75% practican actividad física moderada, el 12.5 % actividad física intensa y el 12.5 % actividad física leve. Mientras que 2 de los pacientes con estado nutricional de obesidad, el 50% practican actividad física moderada y el 50% actividad física intensa. En la Tabla 26 se puede verificar que están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson y de razón de verosimilitud reportan un p-valor menor que 0.05.

Según el análisis de la intensidad de la actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente en relación con su Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD), en la Tabla 26 se puede verificar que están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson y de razón de verosimilitud reportan un p-valor menor que 0.05.

**Tabla 26.** Actividad física según el Índice de Masa Corporal Para la Edad (IMC/EDAD).

Actividad Física	IMC/EDAD								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		n	%
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Leve	3	30.0	5	3.8	1	12.5	0	0.0	9	6.0
Moderada	6	60.0	80	61.1	6	75.0	1	50.0	93	61.6
Intensa	1	10.0	46	35.1	1	12.5	1	50.0	49	32.5
Total	10	100.0	131	100.0	8	100.0	2	100.0	151	100.0

Chi cuadrado de Pearson = 14.697 (p-valor = 0.023)

Razón de verosimilitud = 10.857 (p-valor = 0.093)

### **Análisis de la intensidad de la actividad física de los pacientes en relación con el estado nutricional – Talla para la Edad según sexo.**

El análisis de la actividad física según la talla de los 151 pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 27), reporta que, de 36 pacientes con talla baja, el 58.3% practican actividad física moderada, el 27.8 % actividad física intensa y el 13.9% actividad física leve. De los 115 pacientes reportados con talla normal, el 62.6 % practican actividad física moderada, el 33.9% actividad física intensa y el 3.5% actividad física leve y ninguno se encuentra en talla alta. En la Tabla 27 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y de asociación lineal por lineal reportan un p-valor mayor que 0.05.

Según el análisis de la intensidad de la actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente en relación con su Talla para la Edad, en la Tabla 27 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y de asociación lineal por lineal reportan un p-valor mayor que 0.05.

**Tabla 27.** Actividad física según Talla para la Edad.

Actividad Física	Talla para la Edad						Total	
	Baja		Normal		Alta		n	%
	N	%	N	%	n	%		
Leve	5	13.9	4	3.5	0	0.0	9	6.0
Moderada	21	58.3	72	62.6	0	0.0	93	61.6
Intensa	10	27.8	39	33.9	0	0.0	49	32.5
Total	36	100.0	115	100.0	0	0.0	151	100.0

Chi cuadrado de Pearson = 5.385 (p-valor = 0.068)

Razón de verosimilitud = 4.563 (p-valor = 0.102)

Asociación lineal por lineal = 2.375 (p-valor = 0.123)

### **Análisis de la intensidad de la actividad física de los pacientes en relación con el estado nutricional – Perímetro Abdominal según sexo.**

El análisis de la actividad física según perímetro abdominal (P.A) de los 151 pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 28), reporta que, 149 pacientes con riesgo bajo, el 61.8% practican actividad física moderada, el 32.2 % actividad física intensa y el 6.0% actividad física leve. De los 2 pacientes reportados con riesgo alto, el 50% practican actividad física moderada y el 50% actividad física intensa y ninguno se encuentra en riesgo muy alto. En la Tabla 28 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y de asociación lineal por lineal reportan un p-valor mayor que 0.05.

Según el análisis de la intensidad de la actividad física de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente en relación con su Perímetro Abdominal, en la Tabla 28 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y de asociación lineal por lineal reportan un p-valor mayor que 0.05.

**Tabla 28.** Actividad física según Perímetro Abdominal.

Actividad Física	Perímetro Abdominal						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo alto		Riesgo muy alto		n	%
	N	%	N	%	n	%		
Leve	9	6.0	0	0.0	0	0.0	9	6.0
Moderada	92	61.8	1	50.0	0	0.0	93	61.6
Intensa	48	32.2	1	50.0	0	0.0	49	32.5
Total	149	100.0	2	100.0	0	0.0	151	100.0

Chi cuadrado de Pearson = 0.357 (p-valor = 0.836)

Razón de verosimilitud = 0.452 (p-valor = 0.798)

Asociación lineal por lineal = 0.354 (p-valor = 0.552)

### **Análisis del Nivel Socioeconómico de los pacientes en relación con el estado nutricional – Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD) según sexo.**

El análisis del nivel socioeconómico según el Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD) de los 151 pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 29), reporta que, 10 pacientes con estado nutricional de delgadez, el 50% se encuentra en nivel socioeconómico bajo inferior y el 50 % en nivel socioeconómico marginal. De los 131 pacientes con estado nutricional normal, el 51.9% en nivel socioeconómico bajo inferior, el 40.5 % nivel socioeconómico marginal y el 7.6% en nivel socioeconómico bajo superior. Para los 8 pacientes que se encuentran en estado nutricional con sobrepeso, el 62.5% se encuentran en nivel socioeconómico bajo inferior, el 25% en nivel socioeconómico marginal y el 12.5% en nivel socioeconómico bajo superior. Mientras que 2 de los pacientes con estado nutricional de obesidad, el 50% se encuentran en nivel socioeconómico bajo inferior y el 50% en nivel socioeconómico marginal.

Según el análisis del nivel socioeconómico de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente en relación con su Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD), en la Tabla 29 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson y razón de verosimilitud reportan un p-valor mayor que 0.05.

**Tabla 29.** Nivel Socioeconómico según Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/EDAD).

NSE	IMC/EDAD								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad		n	%
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Alto/Medio alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bajo superior	0	0.0	10	7.6	1	12.5	0	0.0	11	7.3
Bajo inferior	5	50.0	68	51.9	5	62.5	1	50.0	79	52.3
Marginal	5	50.0	53	40.5	2	25.0	1	50.0	61	40.4
Total	10	100.0	131	100.0	8	100.0	2	100.0	151	100.0

Chi cuadrado de Pearson = 2.113 (p-valor = 0.909)

Razón de verosimilitud = 2.980 (p-valor = 0.811)

### **Análisis del Nivel Socioeconómico de los pacientes en relación con el estado nutricional – Talla para la Edad (TALLA/EDAD) según sexo.**

El análisis del nivel socioeconómico según la talla para la edad (TALLA/EDAD) de los 151 pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 30), reporta que, 36 pacientes con talla baja, el 61.1% se encuentran en nivel socioeconómico bajo inferior, el 36.1 % en nivel socioeconómico marginal y el 2.8 % en nivel socioeconómico bajo superior. De los 115 pacientes reportados con talla normal, el 49.6% en nivel socioeconómico bajo inferior, el 41.7% en nivel socioeconómico marginal y el 8.7% en nivel socioeconómico bajo superior y ninguno se encuentra en talla alta.

Según el análisis del nivel socioeconómico de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente en relación con su Talla para la Edad, en la Tabla 30 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y asociación lineal por lineal reportan un p-valor mayor que 0.05.

**Tabla 30.** Nivel socioeconómico según Talla para la Edad.

NSE	Talla para la Edad						Total	
	Talla baja		Talla normal		Talla alta		n	%
	N	%	N	%	n	%		
Alto/Medio alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bajo superior	1	2.8	10	8.7	0	0.0	11	7.3
Bajo inferior	22	61.1	57	49.6	0	0.0	79	52.3
Marginal	13	36.1	48	41.7	0	0.0	61	40.4
Total	36	100.0	115	100.0	0	0.0	151	100.0

Chi cuadrado de Pearson = 2.232 (p-valor = 0.328)

Razón de verosimilitud = 2.507 (p-valor = 0.285)

Asociación lineal por lineal = 0.001 (p-valor = 0.980)

### **Análisis del Nivel Socioeconómico de los pacientes en relación con el estado nutricional – Perímetro Abdominal según sexo.**

El análisis del nivel socioeconómico según perímetro abdominal (P.A) de los 151 pacientes del Centro Comunitario del Adolescente (Tabla 31), reporta que, 149 pacientes con riesgo bajo, el 52.3% se encuentran en nivel socioeconómico bajo inferior, el 40.4 % en nivel socioeconómico marginal y el 7.3 % en nivel socioeconómico bajo superior. De los 2 pacientes reportados con riesgo alto, el 50% se encuentran en nivel socioeconómico bajo inferior y el 50% en nivel socioeconómico marginal y ninguno se encuentra en riesgo muy alto.

Según el análisis del nivel socioeconómico de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente en relación con su Perímetro Abdominal, en la Tabla 31 se puede verificar que no están correlacionadas puesto que la prueba chi cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y asociación lineal por lineal reportan un p-valor mayor que 0.05.

**Tabla 31.** Nivel socioeconómico según perímetro abdominal.

NSE	Perímetro Abdominal						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo alto		Riesgo muy alto		n	%
	N	%	N	%	n	%		
Alto/Medio alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bajo superior	11	7.4	0	0.0	0	0.0	11	7.3
Bajo inferior	78	52.3	1	50.0	0	0.0	79	52.3
Marginal	60	40.3	1	50.0	0	0.0	61	40.4
Total	149	100.0	2	100.0	0	0.0	151	100.0

Chi cuadrado de Pearson = 0.196 (p-valor = 0.907)

Razón de verosimilitud = 0.338 (p-valor = 0.844)

Asociación lineal por lineal = 0.156 (p-valor = 0.693)

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

Se ha logrado determinar que, de acuerdo al análisis de los hábitos alimenticios según el Índice de Masa Corporal para la edad (imc/edad) de los pacientes del Centro Comunitario del Adolescente, de los 141 pacientes con hábitos alimenticios saludables, el 0.7% están con obesidad, 5.7% con sobrepeso, 7.1% en estado de delgadez y 86.5% se encuentran en estado normal; de los 10 pacientes reportados con hábitos no saludables el 10% están en estado de obesidad y 90% en estado normal.

Asimismo, de acuerdo al análisis de los hábitos alimenticios en relación a la Talla para la edad (talla/edad) de los 141 pacientes con hábitos alimenticios saludables 23.4% tiene talla baja y 76.6% tiene talla normal; de los 10 pacientes con hábitos no saludables el 30.0% tiene talla baja y 70.0% tiene talla normal.

Finalmente, de acuerdo al análisis de los hábitos alimenticios según el Perímetro Abdominal (P.A) 141 pacientes con hábitos alimenticios saludables, ninguno se encuentra en riesgo muy alto de padecer enfermedades cardiovasculares, el 1.4% tiene riesgo alto de padecer enfermedades cardiovasculares y 98.6% tiene riesgo bajo de padecer enfermedades cardiovasculares. De los 10 pacientes reportados con hábitos no saludables, el 100.0% tiene riesgo bajo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Los resultados son similares a lo reportado por Souza et al. (2015) (19) que encontró delgadez de 11% en hombres y 12% en mujeres; además, con sobrepeso de 27 % en hombres y de 63% en mujeres; adolescentes de talla baja 14% en hombres y 10 % en mujeres, se encontró talla normal 86% en hombres y 90% en mujeres adolescentes; se encontró un 44% de que practican hábitos saludables y 66% hábitos no saludables en su alimentación, por otro lado, Valdarrago (2017) (83) encontró resultados menores que el 70.8 % de los adolescentes escolares que tenían hábitos alimentarios buenos y el 13.4% tienen hábitos alimentarios malos, valores muy diferentes a los encontrados. Si bien nuestro estudio no se evidencia relación de los hábitos saludables con el estado nutricional ya que se muestra un mayor porcentaje de jóvenes con buenos hábitos alimenticios ya que se encontró menor prevalencia de obesidad

y sobrepeso, asimismo, los valores del perímetro abdominal (P.A) es muy bajo, según Souza (2015) (19) el estado nutricional puede verse influenciado por otros factores diferentes al hábito alimenticio. Estos datos se corroboran cuando se encontró que los adolescentes masculinos tienen un 95.3% de hábitos saludables y los adolescentes femeninos con 92.0%.

Los adolescentes demostraron hábitos alimenticios saludables por una alimentación equilibrada al consumir (huevo, pollo, pescado, res), Carbohidratos (pan vico, arroz, papa, plátano verde sancochado y el plátano maduro), Vitaminas y minerales (ajo, tomate, la cebolla y limón) y Grasas (principalmente siendo aceites vegetales de maíz, soya o girasol) y que según Cabello y Reyes (2011) (28), una alimentación saludable consiste en saber distribuir las comidas durante el día, determinar sus cantidades de forma armónica, adecuada y sistémica, pues esto permitirá generar un bienestar psicológico y físico, en favor del sistema inmune. Por otro lado, un pequeño grupo consume productos de pastelería (galletas principalmente) que podrían producir enfermedades posteriores como la diabetes, de acuerdo a esto Parga y García (2022) (84), en su investigación señala que los malos hábitos alimenticios, sobrepeso y obesidad, son factores que pueden contribuir a aumentar el nivel de riesgo para el desarrollo de DM 2 a temprana edad, asimismo, con respecto a los malos hábitos alimenticios el autor determino que estos son el consumo de antojitos, frituras, pastelitos y galletas, refrescos y golosinas en más de tres días a la semana con porciones mayores a tres por día, además de considerar que el consumo de frutas y verduras en menor cantidad que las consideradas para unos buenos hábitos alimenticios. Además, existe una correlación de nuestros resultados entre actividad física y hábitos alimenticios.

Santos et al. (2022) (85) afirma que existe una la relación entre diversas patologías al desarrollo de diabetes, mencionando a la obesidad, sedentarismo, edad avanzada, riesgo cardiovascular, actividad física, malos hábitos alimenticios, entre otros. Finalmente, con los productos menos saludables, en su mayoría los datos obtenidos no expresan que los adolescentes tengan un consumo recurrente de productos no saludables. Estos datos pueden servir para justificar los resultados en donde se destaca los hábitos alimenticios saludables

de los adolescentes de este centro comunitario, aunque sería importante considerar desarrollar un estudio en donde se pueda obtener datos relacionados a cómo es que se suelen combinar estos alimentos y como suelen distribuir su consumo.

En la actividad física del nivel moderado se observa que los indicadores antropométricos de IMC/Edad, talla/Edad y P.A. con 61.1%, 62.6% y 61.8 % respectivamente, seguido por nivel intenso con 35.1%, 33.9% y 32.2% y en menor proporción el nivel de actividad leve, mostrando claramente que los adolescentes practican la actividad física como un estilo de vida, siendo los de estado de delgadez, talla normal y de bajo riesgo los que realizan de forma continua la actividad física; por otro lado, los adolescentes con sobrepeso y obesidad demostraron tener menos prácticas de actividad física.

Los resultados son similares reportado por Satalaya y Rojas(2019) (17), pues ellos afirman que el 77% de los alumnos encuestados presentaron un estado nutricional normal, 27% desnutrición, 12% sobrepeso, mientras que el nivel de actividad física de los estudiantes fue: 29,4% actividad física ligera, 50,6% actividad física moderada y 20% actividad física intensa; encontramos una relación entre nivel de actividad física y IMC/Edad, especialmente significativo con la actividad física moderada, alta y leve, además muy asociado con el sobrepeso y la obesidad.

Los hogares según el estudio socioeconómico tiene un nivel Bajo Inferior con un promedio de 51% aproximadamente, Bajo Marginal con un promedio de 41% aproximadamente y con un nivel Bajo Superior con 8.7%, estos niveles encontrados pueden ser responsables para la adquisición de alimentos de buena calidad, sin embargo, en el trabajo no se expresa una relación del ingreso económico para que las familias tengan buenos hábitos alimenticios responsables y conscientes que acompaña a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos. Estos resultados guardan relación con lo señalado por Lizandra y Gregori (2021) (11) en su estudio afirman que existe una correlación muy baja y no significativa entre la variable de calidad alimentaria y las demás variables sociodemográficas como nivel socioeconómico, sin embargo, sí aparecen una serie de tendencias en los resultados que apuntan hacia una

relación positiva entre el tipo de dieta, la actividad física y el nivel socioeconómico. Esto puede deberse a diversos factores, como la accesibilidad de los precios de los productos alimenticios de consumo recurrente, entre otros.

Sin embargo Ramírez (2022) (86), al estudiar hogares con niños menores de 5 años, con el 51.5% de hogares tienen un ingreso económico regular, mientras el 37.9% tienen un ingreso económico bajo, y solo el 10.6% ingreso económico alto y encontró una correlación positiva alta en relación con el ingreso económico, es decir a mayor ingreso, hay más posibilidades de invertir más en la alimentación dando como resultado una buena nutrición.

En esta investigación al relacionar hábitos alimenticios y el estado nutricional respecto al índice de masa corporal para la edad (imc/edad) no se encontró que existe relación estadísticamente significativa con valor p-valor = 0.061 y p-valor = 0.153 (p-valor > 0.05). En cuanto a talla para la edad (talla/edad) con valor p-valor = 0.636, p-valor = 0.644 y p-valor = 0.441 (p-valor >0.05) y en cuanto al perímetro abdominal con valor p-valor = 0.705, p-valor = 0.599 y p-valor = 0.872 (p-valor >0.05).

Al relacionar la actividad física y el estado nutricional respecto al índice de masa corporal para la edad (imc/edad) no se encontró que existe relación estadísticamente significativa con valor p-valor = 0.023 y p-valor = 0.093 (p-valor >0.05). En cuanto a talla para la edad (talla/edad) no se encontró relación estadísticamente p-valor = 0.068, p-valor = 0.102, p-valor = 0.123 (p-valor >0.05). Y en cuanto al perímetro abdominal no se encontró relación estadísticamente significativa p-valor = 0.836, p-valor = 0.798, p-valor = 0.552 ((p-valor >0.05)

En la relación nivel socioeconómico y el estado nutricional respecto al índice de masa corporal para la edad (imc/edad) no se encontró que existe relación estadísticamente significativa con valor p-valor = 0.909, p-valor = 0.811(p-valor >0.05).En cuanto a talla para la edad (talla/edad) no se encontró relación estadísticamente p-valor = 0.328,p-valor = 0.285,p-valor = 0.980) (p-valor >0.05).Y en cuanto el perímetro abdominal no se encontró relación estadísticamente significativa p-valor = 0.907,p-valor = 0.844, p-valor = 0.693(p-valor >0.05).

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

La mayoría de los adolescentes atendidos en este centro comunitario del IPRESS América I-3, presentan hábitos alimentarios saludables el (93.4%), atribuidos por los tipos de alimentos que consumen con mayor frecuencia proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales consumiendo en menor cantidad las grasas, azúcares y evitando las bebidas alcohólicas, estos adolescentes están agrupados en el nivel socioeconómico bajo superior (7.3%), bajo inferior (52.3%) y marginal (40.4%).

No existe relación estadística entre la actividad física y el estado nutricional Imc/Edad, Talla/Edad, Perímetro abdominal, los adolescentes que hicieron con menor frecuencia están con un estado de obesidad o sobrepeso y aquellos adolescentes que hicieron de manera moderada e intensa presentan un índice de masa corporal normal.

Existe mínima relación entre el nivel socioeconómico marginal, bajo inferior y bajo superior con sus hábitos alimenticios considerados como saludables en su mayoría, y por consiguiente se tiene un bajo porcentaje de adolescentes con obesidad y sobrepeso y no se encontró relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional.

## **CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES**

La importancia sobre la construcción o promoción de buenos hábitos alimentarios debe ser fortalecida para de esta manera promover un estilo de vida saludable y por ende un estado nutricional óptimo.

Complementar la evaluación nutricional con datos bioquímicos, clínicos y dietéticos que incluya todos los pasos del proceso de cuidado nutricional para ampliar fehacientemente los datos nutricionales en la población adolescente.

Analizar otros datos relevantes sobre el ingreso económico, social y cultural para determinar si estas variables se relacionan con los hábitos alimenticios o es la dieta que determina que una población este con un alto nivel de estado nutricional.

Incluir profesional en el área de nutrición de manera permanente, talleres y charlas de nutrición como parte del plan educativo hacia la comunidad del centro de estudio con el objetivo de que los participantes adquieran conocimientos sobre la importancia de la alimentación y la nutrición.

## CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. González JMK, Hirschhaut M. Reseña histórica del COVID-19: ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? Acta Odontológica Venez. 2020;58(Extra 1):3-4.
2. CARE Perú. ¿Cómo ha afectado la COVID-19 a la nutrición de los escolares? | [Internet]. CARE Perú. 2020 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://care.org.pe/como-ha-afectado-la-covid-19-a-la-nutricion-de-los-escolares/>
3. Infosalus. Coronavirus.- El confinamiento modificó la alimentación en jóvenes. [Internet]. Europa Press; 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/nutricion/noticia-coronavirus-confinamiento-modifico-alimentacion-jovenes-estudio-20210526112448.html>
4. INEI. Condiciones de vida de la población en riesgo ante la pandemia del COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1745/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1745/libro.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. #SanosEnCasa: alimentación saludable [Internet]. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---healthy-diet>
6. Ministerio de Salud. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS A MÁS; VIANEV, 2017 – 2018 [Internet]. 2019. Disponible en: [https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/sala\\_nutricional/sala\\_3/informe\\_estado\\_nutricional\\_adolescentes\\_12\\_17\\_adultos\\_mayores\\_mayores\\_60\\_anos.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/sala_nutricional/sala_3/informe_estado_nutricional_adolescentes_12_17_adultos_mayores_mayores_60_anos.pdf)
7. Zuñiga Soto LA, Panduro Moura SA. Hábitos alimentarios, actividad física, rendimiento académico y el estado nutricional en estudiantes del colegio el Milagro, San Juan Bautista, 2017. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2018

- [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5561>
8. Silva JJS da, Soares WD, Reis VMCP, Freitas RF, Fonseca AA. ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E ESTADO NUTRICIONAL EM ESCOLARES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. RENEF. 23 de junio de 2022;5(5):25-36.
  9. Farello G, D'Andrea M, Quarta A, Grossi A, Pompili D, Altobelli E, et al. Children and Adolescents Dietary Habits and Lifestyle Changes during COVID-19 Lockdown in Italy. Nutrients. enero de 2022;14(10):2135.
  10. Malta DC, Gomes CS, Barros MB de A, Lima MG, Silva AG da, Cardoso LS de M, et al. A pandemia de COVID-19 e mudanças nos estilos de vida dos adolescentes brasileiros. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 7 de junio de 2021 [citado 21 de septiembre de 2022];24. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/4xc9dNPPnXXNMtSYpJX3kqh/?lang=pt&format=html>
  11. Lizandra J, Gregori-Font M. Estudio de los hábitos alimentarios, actividad física, nivel socioeconómico y sedentarismo en adolescentes de la ciudad de Valencia. Rev Esp Nutr Humana Dietética. junio de 2021;25(2):199-211.
  12. Pérez Rodrigo C, Gianzo Citores M, Hervás Bárbara G, Ruiz Litago F, Casis Sáenz L, Aranceta-Bartrina J. Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2020;0-0.
  13. Sosa M, Cardinal P, Elizagoyen E, Rodríguez G, Arce S, Ottaviano MFG, et al. Eating habits and lifestyle changes during the COVID-19 lockdown: A comparative study (before and during isolation) on the 9 de Julio city (Buenos Aires, Argentina) population. Arch Food Nutr Sci. 16 de noviembre de 2020;4(1):020-4.
  14. Pilay Bravo LA, Zambrano Santos RO. Hábitos alimenticios en adolescentes de 13 a 19 años en el centro de salud Junín en tiempos de pandemia. Rev

- Científica Higía Salud [Internet]. 5 de julio de 2021 [citado 21 de septiembre de 2022];4(1). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/499>
15. Hernandez Oblitas NA. Hábitos alimenticios y actividad física en los escolares de cuarto a sexto grado del Nivel Primario de dos instituciones educativas públicas de Lima este, 2015. Univ Peru Unión [Internet]. 23 de febrero de 2016 [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/241>
  16. Chávez Diaz JH, Ruiz Saldaña SE. Hábitos alimentarios, estado emocional, actividad física y estado nutricional en estudiantes de bromatología y nutrición humana, sometidos a aislamiento social obligatorio. 2020. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/7427>
  17. Satalaya Torres LA, Rojas Ruiz MM. Factores de riesgo y estado nutricional en estudiantes del nivel secundario de la I.E. Petronila Perea De Ferrando. Punchana 2017. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2019 [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5886>
  18. Arellano Sánchez AD, Aspajo Moreno KD. Hábitos alimentarios, nivel socioeconómico, actividad física y estado nutricional del nivel primaria de la I.E.P.S.M N° 60113 Rumococha 2017. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2019 [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3118058>
  19. Souza Alvarado CM. Relación del estado nutricional con los hábitos alimentarios de niños de 4to a 6to grado de la I.E.P. Rosa Panduro Ramírez, San Juan – 2014. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2015 [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4078>
  20. Hidalgo Vicario MI, González-Fierro MJC. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatría Contin. enero de 2014;12(1):42-6.

21. Secretaría de Salud de México. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. 2015 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
22. Hidalgo Vicario MI. Medicina de la adolescencia: Su importancia en la sociedad actual. 2013;3.
23. Diz, J. I. "Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales." *Pediatr Integral* 2013: 88-93.
24. Güemes Hidalgo M, González Fierro MJC, Vicario MIH. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. 2017;13.
25. Viejo C, Ortega-Ruiz R. Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychol Soc Educ*. 30 de abril de 2017;7(2):109.
26. García Laguna DG, García Salamanca GP, Tapiero Paipa YT. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD DE JÓVENES UNIVERSITARIOS. *Hacia Promoc Salud*. 2012;18.
27. Montero Bravo A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutr Hosp*. :8.
28. Cabello Garza ML, Reyes DDJ. PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS CON OBESIDAD SOBRE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SUS RESPONSABILIDADES EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS. *RESPYN Rev Salud Pública Nutr* [Internet]. 10 de abril de 2011 [citado 21 de septiembre de 2022];12(1). Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/281>
29. Díaz Ramírez G, Souto Gallardo MC, Bacardí Gascón M, Jiménez Cruz A. Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 1 de noviembre de 2011;(6):1250-5.

30. Rojas Huayllani EC, Delgado Pérez DH. Influencia de la publicidad televisiva peruana en el consumo de alimentos no saludables en escolares de 4° a 6° primaria. *An Fac Med.* 10 de abril de 2013;74(1):21.
31. Meléndez JAB, Cervera SB, Nava LGH, Rojo-Moreno L, Chavez V, Murillo JME. Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán. :10.
32. Fundación española de la nutrición. Hábitos alimentarios | FEN [Internet]. 2014 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>
33. Meléndez Torres JM. Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? :13.
34. Sawaya AL. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *Estud Av.* diciembre de 2006;20:147-58.
35. Veloso HJF, Silva AAM da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. *Rev Bras Epidemiol.* septiembre de 2010;13:400-12.
36. Valdovinos Díaz MÁ, Gómez Reyes E, Torres Villalobos G. Microbiota, Nutrición y Obesidad. 2014; Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo-Torres-Villalobos/publication/304822369\\_Gastrotrilogia\\_I\\_Microbiota\\_obesidad\\_y\\_nutricion/links/577bcd7a08ae355e74f163f3/Gastrotrilogia-I-Microbiota-obesidad-y-nutricion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo-Torres-Villalobos/publication/304822369_Gastrotrilogia_I_Microbiota_obesidad_y_nutricion/links/577bcd7a08ae355e74f163f3/Gastrotrilogia-I-Microbiota-obesidad-y-nutricion.pdf)
37. Souza dos Santos D, de Sousa Carneiro M, Martins e Silva SC, Nunes Aires C, da Silva Carvalho LJ, Bandeira Costa LC. Transição nutricional na adolescência: uma abordagem dos últimos 10 anos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 11 de febrero de 2019;(20):e477.
38. de Almeida Carvalho EA, Simão MTJ, Fonseca MC, de Andrade RG, Ferreira MSG, Silva AF, et al. Obesity: epidemiological aspects and prevention. *Rev Med Minas Gerais.* 2013;23(1):72-80.

39. Kanematsu LRA, Gatti RR, Chiconatto P, Melhem AR de F. Conceito de Alimentação Saudável: Análise das Definições Utilizadas por Universitários da Área da Saúde. UNICIÊNCIAS. 16 de noviembre de 2016;20(1):34-8.
40. IntraMed. Adicción a la comida en adolescentes [Internet]. 2022 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=101095>
41. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Los Adolescentes con Desordenes de la Alimentacion [Internet]. 2022 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-con-Desordenes-de-la-Alimentacion-002.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-con-Desordenes-de-la-Alimentacion-002.aspx)
42. El Peruano Diario Oficial. EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años [Internet]. 2022 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>
43. Marcos E. La nutrición del adolescente. Hábitos saludables. 2008;22:6.
44. Rimón MG, Castro MM. Hábitos de vida saludable desde la adolescencia. Rev Estud Juv. 2016;(112):107-16.
45. Madruga Acerete D, Pedrón Giner C. Alimentación del adolescente. Esp Asoc Esp Pediatría. 2002;3(5):303-10.
46. de Souza Vitalle MS. Manual de Atenção à Saúde do Adolescente [Internet]. 2006. Disponible en: [https://extensao.cecierj.edu.br/material\\_didatico/sau2202/pdf/aula05\\_leitura\\_02\\_AlimentacaoNaAdolescencia.pdf](https://extensao.cecierj.edu.br/material_didatico/sau2202/pdf/aula05_leitura_02_AlimentacaoNaAdolescencia.pdf)
47. Tavares Giannini D. Recomendações nutricionais do adolescente. Adolescência E Saúde. 2007;4(1):12-8.

48. Pérez Lancho MC. Alimentación y Educación Nutricional en la Adolescencia. *Trastor Conducta Aliment.* 2007;(6):600-34.
49. Palma A. ATIVIDADE FÍSICA, PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. 2000;10.
50. Cintra Cala O, Balboa Navarro Y. La actividad física: un aporte para la salud. *Lect Educ Física Deport.* 2011;(159):5.
51. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Necesidades Nutricionales [Internet]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/am401s/am401s03.pdf>
52. LoGerfo JP. Evaluación del nivel de intensidad de actividad física [Internet]. 2006. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjakLntj6f6AhX1G7kGHa5dBp0QFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fdepts.washington.edu%2Fhprc%2Fwp-content%2Fuploads%2Frapa\\_spanish.pdf&usg=AOvVaw0LoTg0ieavdBUCodd\\_dj0V](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjakLntj6f6AhX1G7kGHa5dBp0QFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fdepts.washington.edu%2Fhprc%2Fwp-content%2Fuploads%2Frapa_spanish.pdf&usg=AOvVaw0LoTg0ieavdBUCodd_dj0V)
53. Cardoso H. A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. :26.
54. Giovine MA. Elección y selección: estrategias educativas de familias de clase alta en Córdoba-Argentina. *Foro Educ.* 27 de junio de 2021;19(1):181-98.
55. Universidad Nacional del Nordeste. Catedra de atención primaria de la salud epidemiología e informática II [Internet]. 2010. Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/Clase%20social%20y%20Nivel%20Socio%20-%20Econ%20C3%B3mico.pdf>
56. Ramírez Plascencia D, Alonzo González RM, Ochoa Amezcuita A. Odio, polarización social y clase media en Las Mañaneras de López Obrador. *Doxa Comun Rev Interdiscip Estud Comun Cienc Soc.* 1 de julio de 2022;83-96.

57. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Metodología para la Medición de la Pobreza en el Perú [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/metodologias/pobreza01.pdf>
58. Figueroa Pedraza D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Rev Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 21 de septiembre de 2022];6(2). Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642004000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
59. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause Dietoterapia. Elsevier Amsterdam; 2013.
60. Aguilar Esenarro LA, Contretas Rojas MC, Calle Dávila de Saavedra M del C. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adolescente [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2015 [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/214>
61. sepeap. Pediatría Integral Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatria-Integral-XIX-4\\_WEB.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatria-Integral-XIX-4_WEB.pdf)
62. Castillo Hernández JL, Zenteno Cuevas R. Valoración del Estado Nutricional. Rev Médica Univ Veracruzana. 2004;4(2):29-35.
63. Montesinos Correa H. Crecimiento y antropometría: aplicación clínica. Acta Pediátrica México. abril de 2014;35(2):159-65.
64. Aráuz Hernández AG, Guzmán Padilla S, Roselló Araya M. La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. Acta Médica Costarric. septiembre de 2013;55(3):122-7.
65. Furtado de Oliveira L, Salmito Rodrigues PA. Circunferência de cintura: protocolos de mensuração e sua aplicabilidade prática [Internet]. 2016.

- Disponível em: <https://www.revistanutrivisa.com.br/wp-content/uploads/2016/11/nutrivisa-vol-3-num-2-h.pdf>
66. Ferreira M, Nelas PB. Adolescências... Adolescentes... Millenium - J Educ Technol Health. (32):141-62.
  67. Schoen Ferreira TH, Aznar Farias M, Silvares EF de M. Adolescência através dos séculos. Psicol Teor E Pesqui. junio de 2010;26:227-34.
  68. Silveira Kempfer S, Nunes Fraga SM, Mafra TJ. CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA QUESTÃO DE AUTOCUIDADO. :11.
  69. Barriguete Meléndez JA, Vega y León S, Radilla Vázquez CC, Barquera Cervera S, Hernández Nava LG, Rojo-Moreno L, et al. Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2017;0-0.
  70. Galarza V, Gállich GC. Hábitos alimentarios saludables. 2008;24.
  71. Hospital de Galenia. Problemas de nutrición más comunes [Internet]. Hospital Galenia. 2018 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponível em: <https://hospitalgalenia.com/problemas-de-nutricion-mas-comunes/>
  72. Hernández Triana M. Recomendaciones nutricionales para el ser humano: actualización. Rev Cuba Investig Bioméd. diciembre de 2004;23(4):266-92.
  73. Romero OEV, Romero FMV. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013;6(1):41-5.
  74. CEPAL. Indicadores de pobreza y pobreza extrema utilizadas para el monitoreo de los ODM en América Latina [Internet]. 2010. Disponível em: [https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/indicadores\\_de\\_pobreza\\_y\\_pobreza\\_extrema\\_utilizadas\\_para\\_el\\_monitoreo\\_de\\_los\\_odm\\_en\\_america\\_latina.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/indicadores_de_pobreza_y_pobreza_extrema_utilizadas_para_el_monitoreo_de_los_odm_en_america_latina.pdf)
  75. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr Hosp. octubre de 2010;25:57-66.

76. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Índice de masa corporal | Peso Saludable | DNPAO | CDC [Internet]. 2022 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.html>
77. Ortega LGA. Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. Investig Valdizana. 8 de marzo de 2019;13(1):15-26.
78. Velásquez DMD, Mayor ATU, Nava JAA, Mucúa ALV. Los lípidos y sus generalidades. En: Dislipidemias y estilos de vida de jóvenes, 2021, ISBN 978-958-5147-69-0, págs 17-50 [Internet]. Universidad Santiago de Cali; 2021 [citado 19 de octubre de 2022]. p. 17-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8493579>
79. Martínez Augustin O, Martínez de Victoria E. Proteínas y péptidos en nutrición enteral. Nutr Hosp. mayo de 2006;21:01-14.
80. Chazi C. LAS VITAMINAS. La Granja. 2005;4(1):51-4.
81. Carbajal Azcona Á. Manual de Nutrición y Dietética [Internet]. 2013 [citado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/manual-de-nutricion-y-dietetica/>
82. Lozano Vasquez DA, Trauco Bolivar DR. Relación de la ingesta calórica y hábitos alimentarios con el estado nutricional de la Organización de Estudiantes Indígenas. Iquitos 2018. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2019 [citado 14 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5937>
83. Valdarrago Arias SI. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes escolares “I.E.P. Alfred Nobel” durante el periodo mayo-agosto, 2017. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2017 [citado 21 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2850561>
84. Castro MMP, Zamora PGG. FACTORES DETERMINANTES PARA EL DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN ESTUDIANTES

UNIVERSITARIOS DE QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO DEL  
CAMPUS UAZ SIGLO XXI. IBN SINA. 24 de septiembre de 2022;13(2):10-  
10.

85. Santos MJD, Pincay MLF, Pincay IGP. Prevalencia y Riesgo Hereditario para  
Diabetes Mellitus en personas adultas de 30 a 70 años. Rev Científica Arbitr  
Multidiscip PENTACIENCIAS - ISSN 2806-5794. 20 de septiembre de  
2022;4(5):132-43.

86. Ramírez Díaz KA. Factores socioeconómicos asociados al estado nutricional  
en niños menores de 5 años en el asentamiento humano Javier Castro  
Chiclayo 2020. Repos Inst - USS [Internet]. 2022 [citado 26 de octubre de  
2022]; Disponible en:  
<http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/9604>

## ANEXOS

### ANEXO N° 01

#### FICHA NUTRICIONAL

Ficha nutricional para evaluar el estado nutricional de los adolescentes que asisten al centro comunitario del adolescente Iquitos- 2022.

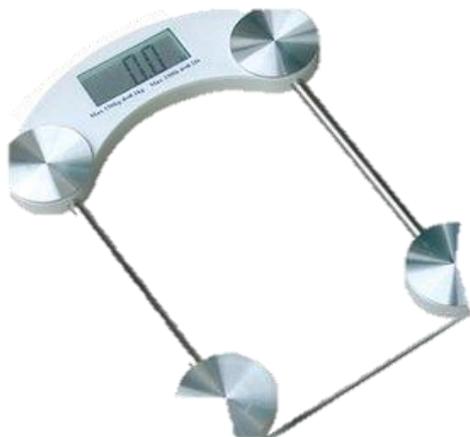
Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

NOMBRE Y APELLIDOS:	
1) EDAD:	
2) SEXO:	
a) Femenino	
b) Masculino	
3) PESO:	
4) TALLA:	DX TALLA/EDAD:
5) DX NUTRICIONAL POR IMC/EDAD:	
a) Delgadez	
b) Normal	
c) Sobrepeso	
d) Obesidad	
7) PERIMETRO ABDOMINAL Y DX:	
a) Riesgo bajo	
b) Riesgo alto	
c) Riesgo muy alto	

**ANEXO N° 02**

**BALANZA**



**ANEXO N° 03**

**TALLÍMETRO**



**ANEXO N° 04**

**CINTA METRICA**



## ANEXO N° 05

### TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL SEGÚN IMC /EDAD, TALLA/EDAD PARA MUJERES Y VARONES (Ministerio Nacional: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) Lima – 2015.

**OMS 2007**

# mi Peso

5 a 19 Años

Yo evalúo si mi peso es saludable...

- Mido mi peso y talla
- Calculo mi Índice de Masa Corporal (IMC)
- IMC = peso (kg) / talla (m)²
- Si tengo de 10 a 16 años evalúo mi edad biológica en el cuadro 1. Si mi edad y edad biológica difieren de un año a más, utilizaré mi edad biológica para evaluar mi peso
- Ubico mi edad, en la tabla 1 y comparo el IMC obtenido con los valores que aparecen en el recuadro

MI PESO ES SALUDABLE SI SE ENCUENTRA ENTRE LAS COLUMNAS "NORMAL"

**Tabla 1. INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) para EDAD**

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN					
	Delgadez <-2DE	NORMAL			Sobrepeso >2 DE	Obesidad >2 DE
	<-3DE; ≥-3DE	≥-2DE	-1DE	Med	1DE ≤ 2DE	≥3DE; >3DE
12 a 3m		132,0	138,9	145,8	152,7	159,5 166,4 173,3

> mayor, < menor, ≥ mayor o igual, ≤ menor o igual

DE: Desviación Estándar

\*\*\* Delgadez severa

\*\* Alerta, evaluar riesgo de delgadez

\* Evaluar riesgo de sobrepeso

\*\*\* Cualquier cambio de columna de crecimiento entre 2 y -2DE debe ser motivo de consejería nutricional a fin de prevenir malnutrición.

**Cuadro 1. EDAD BIOLÓGICA**

Si tengo 10 a 16 años, determino mi edad biológica a través de los estadios Tanner.

Evalúo mi desarrollo genital, comparo y selecciono la imagen y edad biológica correspondiente

Si mi edad y edad biológica difieren de un año a o más, utilizo mi edad biológica para evaluar si mi peso es normal.

**ESTADIOS TANNER**

Estadio	Descripción	Edad
I	No hay cambios o ligera elevación del pezón	< 10 a 6 m
II	Aparece el botón mamario, crecimiento de las mamas	10 a 6 m
III	Mama en forma de cono, se inicia crecimiento del pezón	11 a
IV	Crecimiento del pezón y areola, doble contorno	12 a
V	Mama adulta, pezón elevado	12 a 8 m

© Ministerio de Salud

www.minsa.gob.pe

Av. Larcomar 204, Lima 10 - Perú

Hecho en el Decreto Legal en la Esplanada Nacional N° 2011-14623

**OMS 2007**

# mi Talla

5 a 19 Años

Yo se si estoy creciendo bien...

- Mido mi talla sin zapatos
- Si tengo de 10 a 16 años evalúo mi edad biológica en el cuadro 1. Si mi edad y edad biológica difieren de un año a más, utilizaré mi edad biológica para evaluar mi talla
- En la tabla 2 ubico mi edad y comparo mi talla con los valores que aparecen en el recuadro

MI TALLA DEBE ESTAR EN LAS COLUMNAS "NORMAL" O "TALLA ALTA"

**Tabla 2. TALLA para EDAD**

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN					
	Talla baja <-2DE	NORMAL			Talla alta >2 DE	
	<-3DE; ≥-3DE	≥-2DE	-1DE	Med	1DE ≤ 2DE	≥3DE; >3DE
12 a 3m		132,3	140,3	148,1	156,2	164,3 172,3

> mayor, < menor, ≥ mayor o igual, ≤ menor o igual

DE: Desviación Estándar

\* Talla baja severa

\*\* Alerta, evaluar riesgo de talla baja

\*\*\* Cualquier cambio de columna de crecimiento en sentido desfavorable al crecimiento o el mantenimiento de su talla de un control a otro, o crecimiento menor a 2,5 cm en 6 meses es motivo de consejería nutricional

**YO MANTENGO MI PESO SALUDABLE**

- Comiendo alimentos sanos, bajos en grasa, azúcar y sal. Frutas y verduras todos los días.
- Tomando agua 6 a 8 vasos por día.
- Manteniéndome activa: Camino 30 minutos diario y practico deporte 2 a 3 veces por semana.
- Controlando mi peso frecuentemente.

**YO OPTIMIZO MI CRECIMIENTO**

- Consumo a diario pescado, pollo, otras carnes, vísceras e huevo. Fortalezco mis huesos y dientes consumiendo leche, queso o yogur.
- Si estoy menstruando debo consumir alimentos ricos en hierro: pescado, hígado, sangrecita, mollicón, cereales, lentejas y hojas verdes para prevenir la anemia.
- Mis padres me respetan, me brindan afecto, me dan mi espacio, cuidan mi salud y educación.



# Mi Peso

5 a 19 Años

Yo evalúo si mi peso es saludable...

- Mido mi peso y talla.
- Calculo mi Índice de Masa Corporal (IMC).  
IMC = peso (kg) / talla (m) / talla (m)
- Si tengo de 10 a 16 años evalúo mi edad biológica en el cuadro 1. Si mi edad y edad biológica difieren de un año a más, utilizaré mi edad biológica para evaluar mi peso.
- Ubico mi edad en la tabla 1 y comparo el IMC obtenido con los valores que aparecen en el recuadro.

MI PESO ES SALUDABLE SI SE ENCUENTRA ENTRE LAS COLUMNAS "NORMAL"

Tabla 1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) para EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN							
	Delgadez < -2DE		NORMAL				Sobrepeso > 2DE	
	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	Med	1DE	≤2DE	≤3DE >3DE
12a 3m		13,5	14,6	15,9	17,7	20,2	23,9	30,4

- >: mayor, <: menor, ≥: mayor o igual, ≤: menor o igual
- Delgadez severa
- Alerta, evaluar riesgo de delgadez
- Alerta, evaluar riesgo de sobrepeso

Cualquier cambio de columna de crecimiento entre <-2 y <-2DE debe ser motivo de consejería nutricional a fin de prevenir malnutrición.

### Cuadro 1. EDAD BIOLÓGICA

Si tengo 10 a 16 años, determino mi edad biológica a través de los estadios Tanner.  
Evalúo mi desarrollo genital, comparo y selecciono la imagen y edad biológica correspondiente.  
Si mi edad y edad biológica difieren de un año a más, utilizo mi edad biológica para evaluar si mi peso o mi talla son normales.

### ESTADIOS TANNER

Estadio	Descripción	Edad
I	Genitales infantiles	< 12 a
II	Testículos y escroto aumentan ligeramente de tamaño	12 a
III	Pene crece ligeramente en longitud	12 a 6 m
IV	Engrosamiento y desarrollo del pene y escroto	13 a 6 m
V	Genitales adultos	14 a 6 m

© [minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe) | [profesionales](http://www.profesionales.org)

nutrición  
e-mail: [nutritostata@nutritostata.org](mailto:nutritostata@nutritostata.org) / [encorop@yaho.com](mailto:encorop@yaho.com)  
Cel: 9899-30855  
Av. Locumba 694, Lima 10 - Perú  
Hecho y Depósito Legal en la Biblioteca Nacional N° 2011-13623



# Mi Talla

5 a 19 Años

Yo se si estoy creciendo bien...

- Mido mi talla sin zapatos.
- Si tengo de 10 a 16 años evalúo mi edad biológica en el cuadro 1. Si mi edad y edad biológica difieren de un año a más, utilizare mi edad biológica para evaluar mi talla.
- En la tabla 2 ubico mi edad y comparo mi talla con los valores que aparecen en el recuadro.

MI TALLA DEBE ESTAR EN LAS COLUMNAS "NORMAL" O "TALLA ALTA"

Tabla 2. TALLA para EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN							
	Talla baja < -2DE		NORMAL				Talla alta > 2DE	
	<-3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	Med	1DE	≤2DE	≤3DE >3DE
12a 3m		129,2	136,4	143,6	150,7	157,9	165,1	172,2

- >: mayor, <: menor, ≥: mayor o igual, ≤: menor o igual

DE: Desviación Estándar  
Talla baja severa

Alerta, evaluar riesgo de talla baja

Cualquier cambio de columna de crecimiento en sentido desfavorable al crecimiento o el mantenimiento de su talla de un control a otro o crecimiento menor a 2,5 cm en 6 meses es motivo de consejería nutricional.

### YO MANTENGO MI PESO SALUDABLE

- Comiendo alimentos sanos, bajos en grasa, azúcar y sal. Frutas y verduras todos los días.
- Tomando agua 6 a 8 vasos por día.
- Manteniéndome activo: Camino 30 minutos diario y practico deporte 2 a 3 veces por semana.
- Controlando mi peso frecuentemente.

### YO OPTIMIZO MI CRECIMIENTO

- Consumo a diario pescado, pollo, otras carnes, vísceras o huevo. Fortalezco mis huesos y dientes consumiendo leche, queso o yogur.
- Mis padres me respetan, me brindan afecto, me dan mi espacio, cuidan mi salud y educación.

**ANEXO N° 06**

**GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DEL ADOLESCENTE (Ministerio Nacional: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición) Lima, 2015**



## ANEXO N° 07

### ENCUESTA DE FRECUENCIA DE CONSUMO

N°	GRUPO	ALIMENTO	NUNCA	DIARIO	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL
1	LACTEOS Y DERIVADOS	Leche condensada					
2		Leche evap. entera					
3		Leche en polvo entera					
4		Leche evap. Descremada					
5		Yogurt descremado					
6		Yogurt frutado					
7		Queso fresco de vaca					
8		Helado					
9	HUEVOS, CARNES Y PESCADO	Huevo de gallina					
10		Huevo de tortuga taricaya					
11		Huevo de pescado					
12		Pollo, pulpa de					
13		Pollo con piel y hueso					
14		Cerdo, carne de					
15		Res, carne de					
16		Motelo, pulpa de					
17		Carne del monte (majaz, sajino, ronsoco, venado)					
18		Res o pollo, hígado de					
19		Menudencia					
20		Pescado					
21		Jamonada					
23		Paté					
24		Pescado, atún enlatada					
25			Cebolla				
26	Zanahoria						
27	Tomate						
28	Dale – dale						
29	Ajo						

30	VERDURAS, HORTALIZAS Y TUBÉRCULOS	Lechuga					
31		Zapallo					
32		Repollo					
33		Brócoli					
34		Remolacha, raíz					
35		Pepino					
36		Papa					
37		Yuca					
38		Caigua					
39		Sachapapa					
40		Camote amarillo s/c					
41	FRUTAS y DERIVADOS	Cocona					
42		Carambola					
43		Manzana					
44		Maracuyá, jugo de					
45		Naranja					
46		Limón, jugo de					
47		Mandarina					
48		Camu camu					
49		Pijuayo sancochado					
50		Aguaje					
51		Mango					
52		Papaya					
53		Pan de árbol c/semilla					
54		Mamey maduro					
55		Sidra					

56		Toronja					
57		Mango ciruelo (Taperibá)					
58		Zapote					
59		Piña					
60		Sandía					
61		Caimito					
62		Coco					
63		Guayaba rosada					
64		Macambo, pulpa y semilla					
65		Palta					
66		Humarí					
67		Plátano Guineo					

68		Plátano verde sanc.					
69		Plátano maduro					
70	LEGUMBRES	Frijol canario					
71		Frijol Chiclayo					
72		Frejol Ucayalino					
73		Arveja, seca					
74		Lentejas chicas cocidas					
75	CEREALES y HARINAS	Arroz pulido cocido					
76		Pasta: fideos, macarrones, espaguetis					
77		Avena, hojuela cocido					
78		Pan francés					
79		Pan de molde					
80		Pan hamburgués					
81		Pan vico					
82		Pan de leche					
83		Pan cartera					
84		Bizcocho					
85		Maíz, gran (choclo)					
86		Fariña					

87		Tapioca					
88	ACEITES Y GRASAS	Aceites vegetales (maíz, soya, girasol)					
89		Aceite de olivo					
90		Margarina					
91		Mantequilla					
92		Manteca de cerdo					
93		PASTELERÍA Y DULCES	Galletas saladas				
94	Galletas dulces						
95	Keke						
96	Rosquitas						
97	Nutos						
98	Alfajores						
99	Chocolates						
100	Gelatina						
101	Mazamorra						
102	MISCELÁNEOS Y PRODUCTOS AZUCARADOS	Caldo instantáneo					
103		Mayonesa					
104		Salsa de tomate					
105		Kétchup					
106		Mermelada de fruta					
107		Cocoa					
108		Azúcar granulada o refinada					
109		Azúcar rubia					
110		Sal					
111		Ponche					
112		Piqueos, snacks					
113		BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y ANALCOHÓLICAS	Cerveza				
114	Bebidas hidratantes						
115	Aguajina						
116	Masato de pijuayo						
117	Masato de yuca						
118	Chicha de maíz de morado						
119	Zumo de frutas envasado						
120	Agua sin azúcar						

121	Agua con gas					
122	Té					
123	Gaseosas					
125	Leche de soya					
126	Café					

Fuente: Lozano-Trauco (2019)

### TABLA DE CLASIFICACIÓN

No Saludables	0 – 29 puntos
Saludables	30 puntos

## ANEXO N° 08

### ENCUESTA SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA.

Cuestionario sobre actividad física dirigido a los adolescentes que asisten al centro comunitario del adolescente Iquitos- 2022.

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

Es importante que lea debidamente las preguntas y conteste con la mayor sinceridad

posible.

Señale con una equis "X" o completar los espacios en blanco según sea el caso con la respuesta que usted considere más acorde con su realidad.

Es razonable aclarar que esta información es totalmente confidencial y es por ello que no debe inquietarse ya que, al extraer la información necesaria, los presentes cuestionarios serán destruidos.

Les agradecemos de antemano su sinceridad y su tiempo. Muchas gracias.

<b>DNI</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>EDAD</b>	

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>PUNTAJE</b>
1. ¿Realiza actividad física intensa? Ej: levantar pesas, artes marciales, boxear)	a) Si	1
	b) No	0
2.En una semana, ¿Cuántos días realiza usted actividad física intensa?	a)4 a 7 días	3
	b)2 a 3 días	2
	c)1 día	1

3. ¿Cuánto tiempo le dedica a la práctica de esta actividad intensa?	a)30 min a 1 h	3
	b)15 a 30 min	2
	c)10 a 15 min	1
4. ¿Realiza actividad física de actividad moderada? Ej: trotar, aeróbicos, saltar sogas, spinning)	a) Si	1
	b) No	0
5.En una semana, ¿Cuántos días realiza usted actividades físicas de intensidad moderada?	a)4 a 7 días	3
	b)2 a 3 días	2
	c)1 día	1
6. ¿Cuánto tiempo le dedica a la práctica de esta actividad moderada?	a) 30 min a 1h	3
	b)15 a 30 min	2
	c)10 a 15 min	1
7. ¿Realiza actividad física de actividad Leve? Ej: Barrer y trapear la casa, subir y bajar escaleras, lavar platos, lavar y colgar ropa, cocinar	a) Si	1
	b) No	0
8) Al momento de desplazarse de un lugar a otro, ¿Usted camina por lo menos 10 min consecutivo?	a) Si	1
	b) No	0
9) En una semana, ¿Cuántos días camina por lo menos 10 min consecutivo en sus desplazamientos?	a)4 a 7 días	3
	b)2 a 3 días	2
	c)1 día	1
	a)10 a 20 min	3

10) ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día?		
	b)30 a 1 h	2
	C)2 h a más	1

Fuente: Chávez-Ruiz 2021

<b>TABLA DE CLASIFICACIÓN</b>	
Actividad física leve.	1 a 7 ptos
Actividad física moderada.	8 a 15 ptos
Actividad física intensa.	16 a 24 ptos

## ANEXO N° 09

### ENCUESTA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

Cuestionario sobre nivel socioeconómico dirigido a los padres de familia y/o apoderados de los adolescentes que asisten al Centro Comunitario del Adolescente Iquitos – 2022.

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

Es importante que lea debidamente las preguntas y conteste con la mayor sinceridad posible.

Señale con una “X” o complete los espacios en blanco según sea el caso, con la respuesta que usted considere más acorde con su realidad.

La información recabada en el presente cuestionario será utilizada con fines de investigación y será manejada con total confidencialidad. Luego de su procesamiento los cuestionarios utilizados serán destruidos.

Les agradecemos de antemano su sinceridad y su tiempo. Muchas gracias.

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo: FEMENINO ( )                      MASCULINO ( )

1. ¿Cuál es el grado de estudios de los padres?

Marque con un aspa (X); para ambos padres (M = Madre y P = Padre)

a). Primaria incompleta / incompleta (1)

b). Secundaria incompleta (2)

c). Secundaria completa (3)

d). Superior no universitario (p. ej. Instituto superior, SENATI, IPAE, otros) (4)

- e). Estudios universitarios incompletos (5)
  - f). Estudios universitarios completos (bachiller, titulado) (6)
  - g). Posgrado
2. ¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene un problema de salud?
- a). Posta médica / farmacia / naturista (1)
  - b). Hospital del ministerio de salud / Hospital de la solidaridad (2)
  - c). ESSALUD / Hospital FFAA / Hospital de Policía (3)
  - d). Médico particular en consultorio (4)
  - e). Médico particular en clínica privada (5)
3. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?
- a). Menos de 750 soles/mes aproximadamente (1)
  - b). Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente (2)
  - c)Entre 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente (3)
  - d).> 1500 soles/mes aproximadamente (4)
- 4-A. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar, exclusivamente para dormir?
- \_\_\_\_\_
- 4-B. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)
- \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?
- a). Tierra/arena (1)
  - b). Cemento sin pulir (falso piso) (2)
  - c)Cemento pulido/Tapizón (3)
  - d). Mayólica/loseta/cerámicos (4)
  - e). Parquet/madera pulida/alfombra/mármol/terrazo (5)

**TABLA DE CLASIFICACIÓN**

NSE	Categoría	Puntaje
A	Alto/Medio Alto	33 o más puntos
B	Medio	27 – 32 puntos
C	Bajo Superior	21 – 26 puntos
D	Bajo Inferior	13 – 20 puntos
E	Marginal	5 – 12 puntos

Fuente: Vera-Romero (2013)

## ANEXO N° 10

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “HÁBITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD FÍSICA, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ESTADO NUTRICIONAL DURANTE LA PANDEMIA DEL CENTRO COMUNITARIO DEL ADOLESCENTE - IQUITOS 2022.”

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al adolescente(a). \_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

# ANEXO N°11

## LUGAR Y ÁREAS DEL CENTRO COMUNITARIO DEL ADOLESCENTE



## ANEXO N°12

### APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS ANTROPOMÉTRICOS.



**ANEXO N°13**  
**APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS (CUESTIONARIOS)**



## ANEXO N° 14

### MENÚ SEMANAL PARA EL CENTRO COMUNITARIO DEL ADOLESCENTE DE LA IPRESS AMÉRICA I-3

**ALCANCE:** Lo componen alimentos y preparaciones de fácil digestibilidad. El aporte graso es restringido y con una selección de ácidos grasos de modo que predominen los insaturados. Se eliminan todos los alimentos y preparaciones que producen distensión abdominal o irritación de la mucosa digestiva, todos los alimentos y preparaciones que son frutas, condimentos, frituras, etc.

ALIMENTOS PERMITIDOS.	ALIMENTOS EXCLUIDOS
Pescado y mariscos, pollo o pavo sin piel.	Limitar el consumo de frituras.
Aceitunas. Aceites vegetales	Limitar el consumo de vísceras (hígado, sesos, riñones)
Fibras (frutas y verduras) aceites insaturados. Pan, cereales y farináceos.	Limitar el consumo de quesos, productos lácteos ricos en grasa.
Clara de huevo. Infusión, Nueces y almendras.	Evitar el consumo de Embutidos, salchichas, mariscos,

#### **Recomendaciones:**

- Tener una alimentación equilibrada.
- La dieta normo calórica tiene como objetivo evitar una mala nutrición.
- Reducir el consumo de grasa contenida en la carne.
- Realizar 5 comidas al día, 3 principales y 2 colaciones.
- Comer despacio.
- Aumentar el consumo de fibra y frutos secos, permitirá aumentar la sensación de saciedad.
- Beber agua entre 1.5 litros al día. Evita el estreñimiento y mejora la circulación.

## MENÚ SEMANAL



TIEMPO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	Tapioca con leche, tostadas con mantequilla , fruta.	Avena, Pan, queso para untar, fruta.	Jugo de piña, pan con palta, fruta	Revuelto de vegetales , jugo de naranja	Quinoa, manzana, pan huevo sancochado, fruta	Galletas queso tomate, chapo, fruta	Leche, galletas crema de palta,fruta
MEDIA MAÑANA	Yogurt galletas	Manzana Guineo	Papaya	Caimito	Poma rosa	Naranja	Mandarina
ALMUERZO	Pescado asado, yuca, ensalada y refresco de camú camú	Arroz con pollo, plátano, ensalada Ref. carambola	Pescado al vapor, lentejas, verduras, tomate Ref. cocona	Aguadito de menudencia, ensaladas fresca Ref. toronja	Saltado de mollejas, verduras, arroz Ref. tumbo	Sopa de choro Ref. maíz morado	Sopa de pollo, arroz , guiso de verduras Ref. limonada
MEDIA TARDE	Ensalada de frutas	Yogurt, castañas, pasas	Manzana, sandia	Jugo de guineo	Papaya	Pepino	Yogurt natural
CENA	Verduras al horno, pescado a la plancha Ref. camú camú	Pollo al horno, ensalada de verduras al vapor Ref. piña	Huevo sancochado, plátano ensalada fresca. Infusión	Quinoa Leche de soya Panecillos	Tortilla, tomate, cebolla, pan Ref. cebada	Leche de soya, Infusión de manzanilla, Revuelto con espinaca, pan integral	Crema de Zanahoria, huevo Sancochad, te hierva luisa