

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE OBESIDAD
INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS QUE CURSAN NIVEL
INICIAL EN EL DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA, 2009”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

Bach. GISELLA VIVIANA, AMADO ARCE.

TACNA - PERÚ

2011.



DEDICADO:

A Dios con amor y fé.

A mi Madre Ana y mis dos Padres César Y Alberto, por su apoyo y amor en todo momento.

A mi Nonna Julia con el más profundo amor.

A mis pequeños hermanos: Estefany, Beto, Luchó Y Angel.



AGRADECIMIENTO:

Mi agradecimiento a cuantas personas han hecho posible la realización del presente trabajo:

A mi asesor el Dr. Marco Rívarola Hidalgo, médico docente de la Universidad Privada de Tacna, por su apoyo incondicional y desinteresado para la elaboración de la tesis.

A mis padres y hermanos por el amor y apoyo que siempre me brindaron.

A Daniel Torres Fuentes, por su apoyo y por ser mi motivación.

A las directoras de los diferentes Centros Educativos Iniciales, donde se recolecto los datos, por las facilidades brindadas y colaboración.



ÍNDICE

RESUMEN	6
---------------	---

INTRODUCCIÓN.....	8
-------------------	---

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	Fundamentación del Problema	10
1.2	Formulación del Problema	10
1.3	Objetivos de la Investigación	10
1.3.1	Objetivo General	10
1.3.2	Objetivos Específicos	11
1.4	Justificación	11
1.5	Definición de términos	12

CAPITULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1	Antecedentes de la investigación	14
2.2	Marco teórico	
2.2.1.	Obesidad	24
2.2.2.	Conocimiento	36
2.2.3	Actitud	41

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1	Hipótesis	46
3.2	Operacionalización de las variables	46



CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1	Diseño	48
4.2	Ámbito de estudio	48
4.3	Población y muestra	49
	4.2.1. Criterios de Inclusión	49
	4.2.2. Criterios de Exclusión	50
4.3.	Instrumentos de Recolección de datos	50

CAPITULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS 52

CAPITULO VI

6.1	Resultados	53
6.2	Discusión	73
6.3	Conclusiones	79
6.4	Recomendaciones	80

BIBLIOGRAFÍA 81

ANEXOS 85

RESUMEN

FUNDAMENTO: la escasez de datos sobre nivel de conocimiento y actitud frente a la obesidad infantil en el distrito de Pocollay, Tacna - 2009.

OBJETIVO: determinar el nivel de conocimiento y actitud frente a la obesidad infantil en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay, Tacna - 2009.

POBLACIÓN Y MUESTRA: 372 madres con sus respectivos hijos que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay matriculados en el año 2009.

MÉTODOS: trabajo tipo prospectivo y transversal.

RESULTADOS: participaron en el estudio un total de 382 niños con sus respectivas madres, de los cuales se excluyeron aquellos niños con delgadez. De los participantes, la mayoría tiene muy mal nivel de conocimiento el cual se representa por el 45.16 %, quienes tienen un nivel de conocimiento bueno es el 28.23 % y los que tienen nivel regular representan el 19.89 %, la minoría que es el 6.72 % tienen un nivel de conocimiento muy bueno. En los resultados de la actitud que tienen las madres frente a la obesidad infantil revela que la mayoría representado por el 48.66 % posee actitud positiva, seguido del 29.84 % con actitud indiferente y el 21.51 % con actitud negativa.

La obesidad y sobrepeso se detectaron en el 45.70% de la muestra, sin embargo la mayoría de las madres que representan un 96.24% niegan que su hijo examinado padezca de obesidad.



CONCLUSIÓN: este estudio demuestra que hay una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y actitud frente a la obesidad infantil en madres de niños que cursan el nivel inicial en el distrito de Pocollay, es decir, que a mayor nivel de conocimiento la actitud es positiva y a menor nivel de conocimiento la actitud es negativa, pero cabe mencionar que la mayoría tiene muy mal nivel de conocimiento sobre obesidad. Adicionalmente, se demuestra que hay un índice elevado de niños con sobrepeso/obesidad en etapa preescolar, sin embargo las madres tienen una percepción alterada del estado nutricional de sus hijos. Por tanto el presente trabajo suministra importantes datos para futuras comparaciones sobre obesidad entre escolares a nivel de Tacna.



INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, se ha considerado a la obesidad como un problema sencillo de salud y, en épocas aún más remotas, era signo de belleza y bienestar. Hoy en día estos conceptos han variado diametralmente; la obesidad es un riesgo que amenaza la salud e incrementa el riesgo de morir hasta en 2.5 veces.

La podemos definir como la alteración de la nutrición, caracterizada por el anormal depósito de grasa corporal, en la que se produce una pérdida del balance entre la energía que ingresa al organismo en forma de alimentos y el gasto de energía a favor de la primera, en cuya etiopatogenia están involucrados muchos factores.

La obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados durante la infancia y la adolescencia. Se ha señalado un rápido aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos años, afectando por igual a ambos sexos, a todos los grupos de edad, a distintos grupos raciales, a familias con alto y bajo nivel económico tanto en el medio rural como en el urbano. A ello ha contribuido por un lado, los cambios en los estilos de vida y, por otro, una mayor disponibilidad de nutrientes.

El aumento de la obesidad infantil en el mundo ya ha alcanzado niveles alarmantes, incluso en los países en desarrollo. Este incremento no sólo está teniendo consecuencias enormes en diabetes y trastornos ortopédicos en los niños, sino que está causando también aterosclerosis.

Las causas fundamentales de este incremento de prevalencia parecen ser las modificaciones en el estilo de vida, con cambios cualitativos y cuantitativos en la alimentación y, sobre todo, con una acusada tendencia al sedentarismo que conduce a una disminución del gasto energético, favoreciendo la obesidad. La



tendencia a un estilo de vida sedentario en las sociedades industrializadas: desde una mayor disponibilidad de automóviles, de ascensores, escaleras mecánicas y otros métodos de transporte pasivo, a la extensión de la tecnología al mundo del trabajo y del ocio, así como un abandono de costumbres que promovían la actividad física diaria como los juegos en la calle tras el colegio, o la cada vez menor práctica de ejercicio físico en los centros educativos.

En base a la gran documentación existente, la obesidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de Salud Pública; por ello crea un grupo de expertos nutricionistas para valorar el aumento de la prevalencia de la obesidad en todo el mundo, en 1996 se crea la IOTF (International Obesity Task Force) con el objeto de recopilar datos sobre el tema y convencer a la OMS para crear un Comité de Expertos sobre Obesidad para poder afrontar lo que se vislumbra como la epidemia del siglo XXI y en 1997 se crea el citado Comité, creándose dentro de él un grupo de obesidad infantil para definir criterios y relaciones entre la obesidad infantil y la del adulto.



CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La obesidad actualmente es un problema de salud preocupante a nivel mundial. Su prevalencia y extensión van adquiriendo los rasgos de una moderna pandemia que parecería ir configurándose al ritmo de la globalización. Si bien en todas las épocas de la historia ha habido personas obesas, las cifras relativas y absolutas de esta condición mórbida van alcanzando ahora niveles inquietantes.

Estudios realizados en Perú tanto nacionales y regionales reportan altas prevalencias de sobrepeso y obesidad, por tanto es importante determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la obesidad infantil en las madres de niños que cursan nivel inicial del distrito de Pocollay de Tacna, ya que reportes de representación local muestran mayor presencia en los niveles socioeconómicos altos y en las áreas urbanas que en los niños de área rural.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitudes sobre la obesidad infantil en madres de niños de nivel inicial del distrito de Pocollay?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre obesidad infantil en madres de niños de nivel inicial del distrito de Pocollay.

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre obesidad infantil en madres de niños de nivel inicial del distrito de Pocollay.

Determinar las actitudes sobre obesidad infantil en madres de niños de nivel inicial del distrito de Pocollay.

Relacionar el nivel de conocimiento con las actitudes en madres de niños de nivel inicial del distrito de Pocollay frente a la obesidad infantil.

1.4 Justificación

El propósito de este trabajo es conocer el nivel de conocimiento y actitudes frente a la obesidad infantil que tienen las madres en el distrito de Pocollay de Tacna, para elaborar estrategias preventivo – promocionales vinculadas a este tema.

Tacna, forma parte de un grupo poblacional importante con alta prevalencia de obesidad, por la cual es importante valorar el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las madres frente a la obesidad ya que orientará y ayudará a mejorar el servicio de salud frente al problema de obesidad infantil.

Es importante brindar información acerca de las consecuencias de la obesidad infantil, ya que la mayoría de las madres no saben y/o no consideran las consecuencias que podría ocasionar la obesidad en la calidad de vida durante la etapa de la niñez, adolescente y etapa adulta si no es adecuadamente manejado.

La obesidad se asocia a distintas comorbilidades en los niños y los adolescentes, tales como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial,



ateroesclerosis, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios, y es precursor directo de la obesidad en el adulto, por tanto es importante aportar datos reales sobre el nivel de conocimientos y actitudes de las madres sobre la obesidad infantil para elaborar estrategias preventivo-promocionales y así contribuir con la salud.

En el medio no existen datos al respecto, motivo por el que se realizó el estudio dado que éste era viable.

1.5 Definición de términos

Conocimiento: Acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural.⁽¹⁾ Capacidad humana de conocer y saber, y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.⁽²⁾

Nivel: Medida de una cantidad con referencia a una escala determinada. Haber entre dos o más personas o cosas, perfecta igualdad en algún concepto.⁽²⁾

Actitud: organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.⁽³⁾ Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. Disposición de ánimo manifestada de algún modo.⁽²⁾

Obesidad: alteración de la nutrición, caracterizada por el anormal depósito de grasa corporal, en la que se produce una pérdida del balance entre la energía que ingresa al organismo en forma de alimentos y el gasto de energía a favor de la primera, en cuya etiopatogenia están involucrados muchos factores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en adultos obesidad como un



IMC igual o superior a 30. Para lactantes y niños de hasta 5 años, obesidad es cuando el IMC supera el percentil 95 específicos para su edad y sexo.⁽⁴⁾

Sobrepeso: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en adultos el sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25. Para lactantes y niños de hasta 5 años, sobrepeso es cuando tienen el percentil entre 85 y 95, específicos para su edad y sexo.⁽⁴⁾

Epidemia: Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas.⁽²⁾

Pandemia: Enfermedad extendida a muchos países o que afecta a casi todos los habitantes de un lugar.⁽¹⁾

Prevención: Acción y efecto de prevenir. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.⁽²⁾

Índice de masa corporal - IMC: Se calcula dividiendo el peso en kilogramos y el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, niños y lactantes, tanto a nivel individual como poblacional.⁽⁴⁾



CAPITULO II

1. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

Título: Uno de cada siete niños en edad preescolar de familias de bajos ingresos es obeso

Autor: Laurence M. Grummer-Strawn.

Ph.D., Chief, Maternal Child Nutrition Branch Division, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (Jefe de la Rama de nutrición materna e infantil de la División de nutrición y actividad física de los CDC).

July 24, 2009, *Morbidity and Mortality Weekly Report*

DISCUSIÓN: Entre los niños de entre dos y cuatro años de edad de familias de ingresos bajos, la prevalencia de obesidad aumentó de 12.4 % en 1998 a 14.5 % en 2003. Sin embargo, apenas subió a 14.6 % en 2008, según la edición del 24 de julio de *Morbidity and Mortality Weekly Report*, la revista de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU.

Entre los niños de edad preescolar de familias de ingresos más bajos, en realidad estamos observando una estabilización de los índices de obesidad.

El motivo de que la obesidad se estabilice en este grupo de edad no está claro por completo, ha habido más énfasis en la obesidad pediátrica entre las poblaciones de bajos ingresos, con iniciativas para promover la lactancia materna, para usar leche baja en grasa o sin grasa, para reducir el uso de televisión y conformar conductas hacia una mejor nutrición y actividad física.

Pero sigue habiendo gran disparidad racial y étnica en la epidemia de obesidad entre los preescolares. Aunque la prevalencia de obesidad se ha mantenido estable en muchas partes del país, sigue aumentando entre los niños indígenas estadounidenses y nativos de Alaska. Entre estos niños, la prevalencia de obesidad



ha aumentado alrededor de medio por ciento cada año entre 2003 y 2008, según el informe.

De hecho, los niños indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tuvieron los mayores índices de obesidad en 2008, con 21.2 %, seguidos por los niños hispanos con 18.5 %.

Los índices de obesidad más bajos se observaron en los niños blancos, con 12.6 %, los niños asiáticos o de las Islas del Pacífico, con 12.3 %, y los niños negros, con 11.8 %, encontró el informe.

Los únicos lugares donde los índices de obesidad entre los niños en edad preescolar fueron de 10 % o menos fueron Colorado y Hawái, y sólo entre las Organizaciones Tribales Indias fueron superiores al 20 %.⁽⁵⁾

Título: Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas

Autor: Jaime Pajuelo, Jesús Rocca, Marco Gamarra.

Hospital Nacional Dos de Mayo

Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Copyright © 2003. Vol. 64, Nº 1 – 2003. Págs. 21 - 26

OBJETIVO: Determinar las características antropométricas, bioquímicas y sus relaciones en niños con obesidad exógena.

RESULTADOS: El 32,6% y 55,6% de niños obesos presentaron hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, respectivamente y 26,1% tuvo dislipidemia mixta. La diferencia de promedio entre los dos grupos presentó significación estadística ($p < 0,05$) para los indicadores antropométricos; lo contrario sucedió para los bioquímicos.

CONCLUSIONES: El mayor problema que presenta el niño obeso es la hipertrigliceridemia. La obesidad y las dislipidemias pudieran ser factores de riesgo independientes y no necesariamente una consecuencia del otro.

Por otro lado, existen otros tipos de riesgos demostrados en diversos estudios, que ameritan medidas preventivas como el mejor camino para mejorar los factores de riesgo cardiovascular y por ende una mejor calidad de vida.⁽⁶⁾

Título: Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos, económico sociales y culturales.

Autor: Gamaniel Raúl Guevara Chacabana.

Pediatra. Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

DISCUSIÓN: En la actualidad el problema de la obesidad ha ido mucho más allá del campo clínico y nutricional. Las horas laborales perdidas por pacientes y familiares a causa de enfermedades relacionadas con la obesidad - sobre todo cardiovasculares y diabetes - se han acrecentado considerablemente, e igualmente, los años de vida adaptados a incapacidad. Además, los altos costos de la atención de estas enfermedades han puesto en dificultades a los sistemas de salud pública y privados en los países desarrollados y en vías de desarrollo, y ha comprometido la suerte de millones de familias obligadas a asistir de por vida a uno o varios de sus miembros crónicamente enfermos.

En el año 2000 en base a 160 encuestas con representatividad nacional de niños menores de 5 años en 94 países en vías de desarrollo, se mostró que la prevalencia global de sobrepeso [Índice de Masa Corporal (IMC) >2 DS] fue de 3,3 %. En 21 de estos países la tasa de sobrepeso fue mayor al 5 %, considerada como crítica para esa edad. Al analizarse las tendencias de evolución del sobrepeso en 38 países, se observó que éste se incrementó en 16 (42,1%) de ellos.

En la actualidad más de mil cien millones de adultos en el mundo tienen sobrepeso, de los cuales 312 millones son obesos. Además 155 millones de niños tienen sobrepeso o son obesos. El problema afecta hoy tanto a los países desarrollados como a los países en vías de desarrollo. En éstos, en las dos décadas pasadas, la cifra de obesos se triplicó, observándose asimismo un rápido



crecimiento del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Si hasta hace poco se pensaba que el sobrepeso y la obesidad eran problemas de la abundancia y del mundo desarrollado, hoy ya no se puede seguir sosteniendo ese criterio.

En niños peruanos de 6 a 9 años de edad, utilizando datos de 1975, se mostró que la prevalencia de sobrepeso era de 13,9 % y de obesidad de 4,4 %. Otro estudio en niños de 6 a 9 años, realizado en áreas rurales del Perú mostró que el 49 % tenía desnutrición crónica, 10,4 % sobrepeso y 2,0 % obesidad. Pero entre los niños con desnutrición crónica el 11,3 % presentaba sobrepeso y el 2,2 % obesidad. Lo que muestra la coexistencia de sobrepeso y obesidad con retardo del crecimiento, no sólo a nivel local, sino también a nivel individual.⁽⁷⁾

Título: ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años.

Autor: Rosana Tazza, Luz Bullón

Programa de Post Grado en Nutrición Pública, Universidad Nacional Agraria La Molina (UNALM). Lima, Perú. Departamento de Estadística e Informática, UNALM. Lima, Perú.

Anales de la Facultad de medicina. v.67 n.3 Lima jul.- sep. 2006

RESULTADOS: Se analizó las bases de datos nacionales de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (Endes), de los años 1991/1992, 1996 y 2000. Durante el período evaluado, la desnutrición crónica disminuyó de 39 % a 32 %, la desnutrición global de 12 % a 9 % y la desnutrición aguda de 2 % a 1 %. Mientras tanto, el sobrepeso y la obesidad ascendieron de 17 % y 5 % a 19 % y 7 %, respectivamente. La Endes 2000 muestra un promedio nacional de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años de 25,19 %, siendo los más afectados Tacna (57 %), Moquegua (42 %) y Lima (41 %); niños de 48 a 59 meses, extremadamente pobres y del área urbana. Según las proyecciones departamentales, Tumbes y Ucayali, a partir del año 2004, sobrepasarían el 50 % de sobrepeso. Las variables más influyentes para el desencadenamiento del



problema son el nivel de pobreza, la edad del niño y el área de residencia, descartándose el género, la instrucción de la madre y el departamento de proveniencia, como variables significativas.

CONCLUSIONES: Aunque persiste el problema de desnutrición en los niños peruanos, el sobrepeso y la obesidad vienen alcanzando valores considerablemente elevados, con proyecciones que van en rápido incremento.⁽⁸⁾

Título: Influencia de la televisión en la prevalencia de obesidad infantil en Ponta Grossa, Paraná - Brasil

Autor: Borges Claudia, Köhler María, Leite Maysa, Silva Arlet, Camargo Akemi, Kanunfre Carla. Académicos de curso de bachillerato en enfermería de la universidad estatal de Ponta Grossa (UEPG). Cienc Cuid Saude, jul/set - 2007.

RESUMEN: La popularización de la televisión ocasionó una reducción de las actividades físicas en la infancia. Además, los anuncios de alimentos en la televisión pueden despertar la atención y los deseos de los niños.

Los objetivos de este estudio fueron: determinar la prevalencia del exceso de peso (sobrepeso) y de la obesidad en niños (n=548), de 6 a 11 años de edad en escuelas de la ciudad de Ponta Grossa, Paraná/Brasil, evaluar el tiempo de permanencia delante de la televisión y, evaluar los alimentos consumidos delante de esta.

La prevalencia global de exceso de peso fue de 11.5% y de obesidad fue de 5.8%. Los datos demuestran que 37,5% de los niños obesos dedican de 2 hasta 3 horas/día semanal asistiendo la televisión y más del 50% de los niños obesos comen alimentos almidonados mientras la asisten.

Los resultados indican que existe una asociación entre el tiempo delante de la televisión y la prevalencia de sobrepeso y obesidad (p=0,01).⁽⁹⁾



Título: La obesidad y su asociación con los demás factores de riesgo cardiovascular en escolares de Itapetininga, Brasil

Autor: Abel Pereiraⁱ; Alexis D. Guedesⁱⁱ; Ieda Tn Verreschiⁱⁱⁱ; Raul D. Santosⁱ; Tania Lr Martinezⁱ. ⁱUnidad Clínica de Lípidos del Instituto del Corazón, Hospital de las Clínicas, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; ⁱⁱUnidad de Desarrollo y Crecimiento, Servicio de Endocrinología, Departamento de Medicina, Universidad Federal de São Paulo – Brasil. sept. 2009.

FUNDAMENTO: la escasez de datos sobre la obesidad infantil y el riesgo cardiovascular en Brasil.

OBJETIVO: determinar la prevalencia de hipertensión, dislipidemia, obesidad y sus correlaciones en una muestra de escolares de Itapetininga-sp.

MÉTODOS: corte transversal con recolección sistematizada de datos antropométricos (peso, altura, cintura, índice de masa corporal y niveles de presión) y dosificaciones de glucosa, colesterol (total y fracciones), ácido úrico y apolipoproteína a y b, en una muestra aleatoria, representativa de escolares del sistema público de Itapetininga-sp. Análisis de los datos utilizando parámetros poblacionales de las curvas del NCHS (2000), categorías de presión arterial del NHBPEP(2004) y categorías de los niveles séricos de colesterol propuestos por la AHA para niños y adolescentes (2003).

RESULTADOS: un total de 494 niños y adolescentes participaron en el estudio. De los participantes, el 11,7% presentó hipertensión arterial sistémica, el 51% presentó aumento del colesterol total, el 40,5% presentó aumento del LDL-colesterol, el 8,5% presentó aumento de los triglicéridos y el 6,1% tuvieron valores bajos de HDL-colesterol. Los promedios (+desviación estándar) del colesterol, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos fueron respectivamente 172,1 (27,9), 48,1 (10,0), 105,7 (23,1) y 90,9 (43,8). La obesidad y el sobrepeso



se detectaron en el 12,8% y el 9,7% de la muestra, teniendo en cuenta que la obesidad determinó una mayor probabilidad de detectarse la dislipidemia y la hipertensión cuando comparada con los demás grupos.

CONCLUSIÓN: este estudio suministra los argumentos a la hipótesis de una distinta prevalencia de exceso de peso entre escolares del sistema público de las regiones nordeste y sudeste, hallándose mayor en ésta última. Adicionalmente, demuestra una asociación de la obesidad con la dislipidemia y la hipertensión en aquel grupo. Ante la condición incipiente de los datos en el Brasil sobre la cuestión estudiada, nuestro trabajo suministra importantes datos para futuras comparaciones.⁽¹⁰⁾

Título: Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile

Autor: Sonia Olivares C. (1), Nelly Bustos Z. (1), Ximena Moreno H. (1), Lydia Lera M. (1), Silvana Cortez F. (2). (1) Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. (2) Universidad Federico Santa María

RESUMEN: Para identificar las actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos de nivel socioeconómico bajo, se aplicó una encuesta a 88 escolares (41 niños y 47 niñas) de 8 a 11 años de Santiago. 68 niños y sus madres constituyeron 16 grupos focales (4 de niños, 4 de niñas y 8 de madres) en los que se estudiaron las motivaciones, barreras, sentimientos de autoestima y autoeficacia en relación a alimentación saludable y actividad física. Los resultados de la encuesta fueron analizados con el test no paramétrico de Mann-Whitney. Con la información de los grupos focales se realizó un análisis de contenido, presentada como síntesis de las expresiones de los niños. Se encontró un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas y un elevado consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas con azúcar. Más del 55% de los niños no realizaba actividad física fuera del colegio. Los niños mostraron escasas



motivaciones y múltiples barreras para adquirir hábitos de alimentación saludable y actividad física, así como una baja autoestima y autoeficacia. Sus madres mostraron poca motivación y baja autoeficacia para apoyar a sus hijos obesos. Los resultados de este estudio servirán de base para el diseño de intervenciones educativas centradas en la motivación y el autocuidado para prevenir el sobrepeso en los niños.⁽¹¹⁾

Título: Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares – Chile.

Autor: Juliana Kain B.¹, Sonia Olivares C.², Marcela Castillo A.³, Fernando Vio D.⁴. 1. Bioquímico, Master en Salud Pública. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. 2. Nutricionista, Master en Planificación Alimentaria y Nutricional. INTA, Universidad de Chile. 3. Psicóloga, Master en Psicología. INTA, Universidad de Chile. 4. Médico del INTA, Universidad de Chile.

RESUMEN: La obesidad infantil constituye un problema de salud pública en Chile. Con el propósito de avanzar en la implementación de programas preventivos globales, se realizó un proyecto piloto en niños de 4° básico de escuelas municipalizadas, sus madres y profesores, con el objetivo de desarrollar, validar y aplicar instrumentos sobre conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación, nutrición y actividad física; para establecer la línea base que oriente las intervenciones educativas y evaluar este tipo de estrategia en la prevención de obesidad.

PACIENTES Y MÉTODO: La muestra incluyó a 251 escolares, 240 madres y 39 profesores. Como parte del proceso de validación, se implementó una experiencia educativa de corta duración en los niños (26 horas) y madres (2 charlas) de una de las escuelas, para lo cual se desarrolló un material educativo



específico. Los procesos de desarrollo y validación de los tests siguieron los pasos habituales para ese fin.

RESULTADOS: Los resultados mostraron que los conocimientos de los niños, sus madres y profesores eran deficientes. Después de la experiencia educativa para niños y madres, estos mejoraron significativamente, sin embargo, no alcanzaron el nivel esperado. En los niños, se observó un bajo consumo de leche, frutas y verduras. Aun cuando los niños eran extremadamente sedentarios, especialmente las niñas, ellos manifestaron gustarles las clases de educación física y su deseo de aumentarlas. La autopercepción de su verdadero estado nutricional fue inadecuada, siendo aún peor en las mujeres. En las madres, un 34% no consumía leche; en el resto, el 73% prefiere la leche entera y menos del 30% la cambiaría por leche descremada.⁽¹²⁾

Título: Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso?

Autor: Fernando Bracho M.¹, Eliana Ramos H.². 1. Médico Pediatra. Jefe Servicio de Pediatría. Hospital "Augusto Essmann Burgos", Puerto Natales. 2. Nutricionista. Jefe Servicio Nutrición y Alimentación. Hospital "Augusto Essmann Burgos", Puerto Natales. Revista chilena de pediatría. vol.78 no.1 Santiago Feb. 2007

INTRODUCCIÓN: La obesidad infantil es un problema cada vez más frecuente en nuestro país, especialmente en la región de Magallanes. Por este motivo se decidió evaluar en Puerto Natales la percepción materna del estado nutricional de sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta a las madres de preescolares, para evaluar si la percepción inadecuada del estado nutricional, junto con otras variables,



constituirían un riesgo para presentar malnutrición por exceso. La información se analizó mediante prueba de t-student, regresión logística univariada y multivariada.

RESULTADOS: Se encuestaron 270 madres. La percepción del estado nutricional de sus hijos fue adecuada en un 54,07% y subestimada en un 41,48%, sin una diferencia significativa entre ambas. Los factores de riesgo obtenidos mediante regresión univariada fueron subestimación del estado nutricional, obesidad materna, mayor número de hijos, mayor edad en los niños y antecedente de obesidad en el niño, mientras que la percepción adecuada disminuyó la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. En el análisis multivariado se mantuvieron las mismas variables a excepción de la obesidad materna.

CONCLUSIONES: La percepción alterada del estado nutricional infantil es un factor de riesgo a intervenir para intentar disminuir la alta prevalencia local de malnutrición por exceso.⁽¹³⁾

2.2 Marco teórico

OBESIDAD

DEFINICIÓN:

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en adultos el sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.⁽⁴⁾

Los nuevos Patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta 5 años. En el que se define obeso cuando el IMC supera el percentil 95 específicos para su edad y sexo, y sobrepeso es cuando tienen el percentil entre 85 y 95, presentan un mayor riesgo de enfermedades relacionadas con la obesidad.⁽¹⁵⁾

No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes.⁽⁴⁾



EPIDEMIOLOGÍA:

La obesidad constituye una pandemia que afecta a los diferentes grupos etarios, sin límites en relación con la raza o el sexo.⁽¹⁷⁾ La obesidad se ha incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y países en desarrollo donde la prevalencia de obesidad se ha duplicado y del sobrepeso se ha cuadruplicado en los últimos 20 años, constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil.⁽¹⁵⁾ Según últimos estudios es más prevalente en poblaciones urbanas de menor nivel socioeconómico y educativo.⁽¹⁶⁾

Algunos opinan que alrededor de 1/3 de todos los niños son obesos; esta misma incidencia se describe en la edad adulta, lo que hace pensar que los niños obesos serán adultos obesos.⁽¹⁵⁾ Las consecuencias de esta pandemia son la aparición de enfermedades “del adulto” en los jóvenes, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e hiperlipidemia.⁽¹⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF) afirman que en el mundo hay 22 millones de niños menores de 5 años con obesidad o sobrepeso. En EE.UU, Inglaterra y Japón, hay claras evidencias de este incremento en la población pediátrica, tanto en el grupo de niños preescolares como escolares.⁽¹⁶⁾ En algunos países latinoamericanos, las tasas de sobrepeso y obesidad son similares a las de EE.UU. En Argentina, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación bajo el programa materno infantil, informa una prevalencia de obesidad de 10,8 % en los niños de 0 a 24 meses (rango 7-16,7) y de 7,03 % entre los de 24 a 72 meses. ⁽¹⁴⁾ El Ministerio de Salud del Perú, en la última encuesta realizada, detectó que en los niños menores de 5 años hay un promedio de sobrepeso y obesidad de 25.19 %. Tacna (57 %), Moquegua (42 %) y Lima (41 %); niños de 48 a 59 meses, extremadamente pobres y del área urbana. Según las proyecciones



departamentales, Tumbes y Ucayali, a partir del año 2004, sobrepasarían el 50 % de sobrepeso. Son los departamentos más afectados. ⁽⁸⁾

La obesidad en los padres, especialmente la materna, es un factor predictivo de obesidad infantil.⁽¹⁷⁾ Un elevado peso al nacer también pronostica una obesidad posterior y el factor más importante que contribuye a un peso elevado en el momento del nacimiento es la diabetes materna y, en menor grado, la obesidad materna.⁽¹⁶⁾

Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %.⁽¹⁵⁾

ETIOPATOGENIA:

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

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

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura

sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física.

La inactividad física permite que los niños dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, esto condiciona la ganancia excesiva de peso.⁽¹⁶⁾

Algunos estudios ⁽¹⁶⁾ señalan la existencia de otros factores ambientales predisponentes a la obesidad como el destete temprano del lactante, insuficiente uso de la lactancia materna, la ablactancia precoz antes del tercer mes de vida, el consumo de más de un litro de leche en el día. También se mencionan la formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples. Es por ello que en los últimos 20 años el incremento de la prevalencia de la obesidad solo puede ser explicado por los factores ambientales al existir una epidemia de inactividad.

La falta de percepción materna de sobrepeso en niños de jardín de infantes se asocia a mayor riesgo de sobrepeso en este grupo etario. En estudios demostraron que muy pocas madres de niños con sobrepeso se mostraron preocupadas por la imagen y además estas madres no creían que los niños presentaban sobrepeso y, por lo tanto, eran indiferentes a ellos. La incapacidad de poner límites a los hábitos alimentarios de los niños podía estar relacionada con el uso de la comida como una herramienta para premiar o castigar a los niños.⁽¹⁷⁾

REPERCUSIÓN CLÍNICA:

Los niños con obesidad tienen repercusión en toda la economía que implica alteraciones en diferentes subsistemas, por lo cual muchos especialistas



mencionan el Síndrome Metabólico que incluye además de la obesidad, a la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, elevación de las LDL y VLDL, disminución de las HDL, hiperuricemia y aumento de la resistencia a la insulina.

No es por tanto un trastorno único, por el contrario se acepta que es un grupo heterogéneo de trastornos asociados que repercuten grandemente en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones, a través de altas incidencias de diabetes tipo II, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares (IAM), algunos tipos de cáncer y apnea obstructiva del sueño, entre otras. La mayoría de los signos dismórficos, alteraciones dermatológicas y deformidades esqueléticas encontradas fueron las relacionadas con el desarrollo de la obesidad expresado en su tipo mórbido.

Son suficientes 6,50 a 9 Kg. de más para provocar arcos planos o inflamación de la placa de crecimiento en los talones también suele haber dolor de pie en niños muy activos y que ahora los sufren cada vez más los chicos con sobrepeso. Lo que está claro es que los problemas en los pies de los niños obesos pueden provocar un círculo vicioso, en el que el dolor de pie les hace más difícil abandonar el sedentarismo, lo que a su vez dificulta bajar de peso.⁽¹⁶⁾

En los niños, la obesidad se acompaña a menudo de una elevada estatura, una edad ósea ligeramente avanzada y ciertamente una pubertad precóz, en la mayoría de los pacientes con obesidad el crecimiento rápido en altura, descarta el diagnóstico de hipotiroidismo e hipercortisolismo.

Muchos jóvenes obesos presentan también acantosis nigricans, una hiperpigmentación hipertrófica de la piel que se suele apreciar en la parte posterior del cuello y en los pliegues cutáneos. Este trastorno se asocia a resistencia a la insulina y un elevado riesgo de diabetes tipo 2.⁽¹⁵⁾

COMPLICACIONES:

Las complicaciones de la obesidad dependen particularmente del grado de sobrepeso y del tiempo de evolución:

Complicaciones inmediatas

- Anormalidades ortopédicas como desviaciones de columna, arcos plantares vencidos, genu valgo, enfermedad de Legg - Calvé - Perthes.
- Problemas respiratorios como apneas del sueño, ronquidos y asma.
- Alteraciones dermatológicas, se observaron con más frecuencia la acantosis nigricans en cuello, nuca, pliegue axilares e inguinales y otras zonas de roce; lesiones de intertrigo; estrías en tronco y cara interna de muslo.⁽¹⁵⁾
- Las consecuencias psicosociales producto de la discriminación que sufre el niño y el adolescente llevan una pobre imagen de sí mismo con baja autoestima, introversión, bajo rendimiento escolar haciéndose progresivamente más sedentarios y socialmente aislados.
- Depresión, ansiedad.
- Dificultades en el aprendizaje.⁽¹⁶⁾
- Aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Diabetes (tipo 1 y 2).⁽¹⁷⁾

Complicaciones alejadas

- Enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, isquemias coronarias.
- Enfermedades metabólicas como dislipidemia, gota, diabetes tipo II y están íntimamente relacionadas con el grado, la localización (obesidad androide) y el tiempo de evolución del sobrepeso. El síndrome metabólico está en la mitad de los obesos graves (49,7 %) y en el 38,7 % de los niños con sobrepeso.⁽¹⁵⁾
- Enfermedad del hígado, en otros estudios se hallaron hepatomegalia como consecuencia de esteatosis hepática y mayor riesgo de litiasis especialmente en la adolescencia.
- Persistencia de la obesidad.
- Aumento de los factores de riesgo cerebrovasculares, diabetes, cáncer, depresión, artritis.⁽¹⁶⁾
- Esterilidad.
- Mortalidad prematura.⁽¹⁷⁾

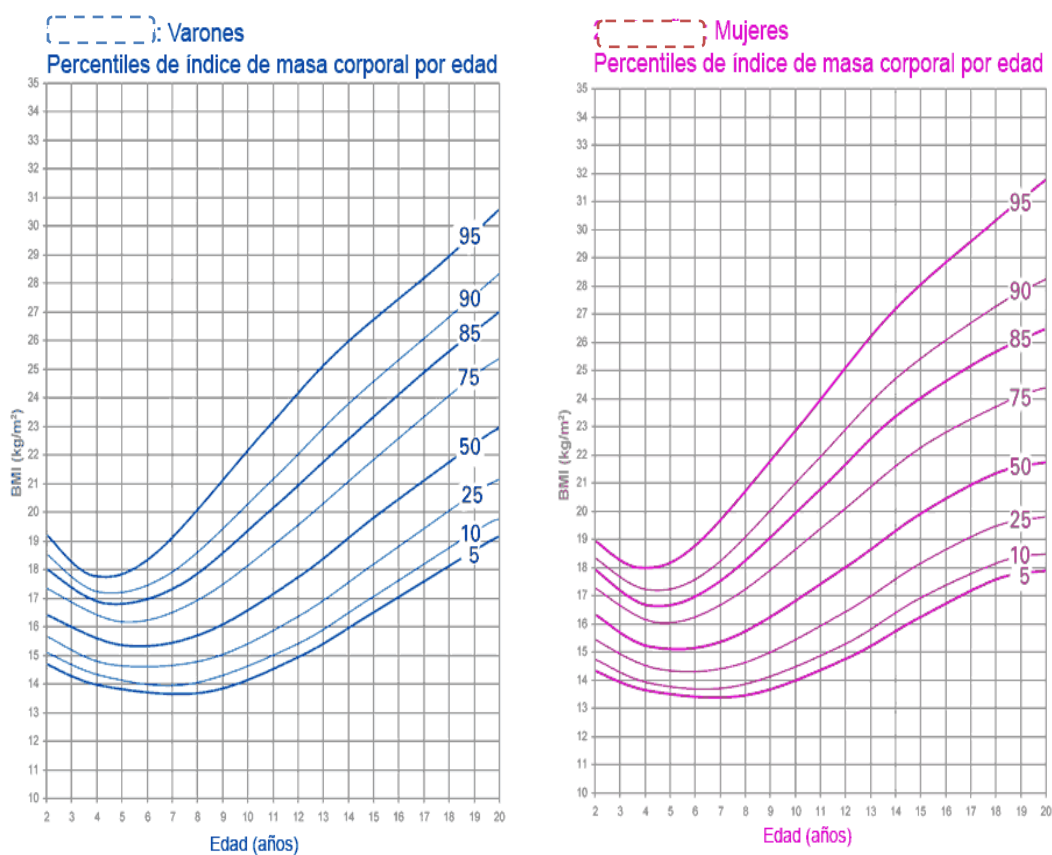
DIAGNÓSTICO:

El método diagnóstico utilizado se basa en estándares internacionales de índice de masa corporal (IMC) para edad, calculado como peso (Kg.) dividido por la talla al cuadrado (m²). Estos estándares se desarrollaron para niños y adolescentes y se corresponden con la clasificación de sobrepeso y obesidad para adultos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde el punto de corte para sobrepeso es de 25 de IMC y el de obesidad es de 30.⁽¹⁶⁾ Con esta premisa un subgrupo de expertos de la OMS (International Obesity Task Force) desarrolló

estándares de IMC para la población pediátrica basados en los mismos puntos de corte. Posteriormente, éstos se trasladaron a su equivalente para cada edad, con el beneficio adicional de ser utilizables internacionalmente.⁽¹⁹⁾

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

PERCENTILES DE IMC POR EDAD, SEGÚN EL SEXO.⁽¹⁹⁾



- Delgadez: Debajo del percentil 5
- Peso ideal: Entre los percentiles 5 y 85 (50 es el promedio)
- Sobrepeso: Entre los percentiles 85 y 95
- Obeso: Por encima del percentil 95

En la mayoría de los casos, la obesidad puede diagnosticarse con la mera inspección del paciente. Si es necesario puede representarse el IMC sobre las curvas de crecimiento.

Las pruebas más importantes en la evaluación y seguimiento de los pacientes obesos son las que valoran el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes. Incluyen perfiles lipídicos séricos, glucosa e insulina en ayunas y hemoglobina A1C. También puede ser necesario estudios para detectar apnea del sueño.⁽¹⁵⁾

Entre los métodos disponibles para la medición de la grasa corporal, los de uso habitual en la práctica pediátrica son los antropométricos:

- Peso/ Talla: según el sexo y la edad.
- IMC (peso/talla²): se correlaciona altamente con la grasa subcutánea y con la grasa corporal total, con alteraciones metabólicas secundarias a la obesidad y la tensión arterial, y también permite evaluar el efecto de arrastre de la obesidad infantil y de la adolescencia a la edad adulta.
- Pliegues cutáneos: (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco, todos tomados del lado izquierdo).
- Índice cintura/cadera: es uno de los principales criterios diagnóstico clínico de la obesidad infantil, ya que es interesante para diferenciar de la obesidad ginoide (C/C menor de 0,90) de la androide (C/C mayor de 0,90). La circunferencia de cintura es un buen predictor de grasa abdominal visceral y es una de las tendencias antropométricas más alarmantes en niños que junto con la obesidad está relacionada con síndrome metabólico (insulino resistencia, dislipidemia e hipertensión arterial) y también con el desarrollo de enfermedad cardiovascular.⁽¹⁷⁾

Para realizar el diagnóstico es importante la Historia Clínica completa que incluya:

Anamnesis. Se deben recoger los siguientes datos:

- Peso y talla al nacer.
- Duración de la lactancia materna.
- Edad del destete.
- Comienzo de la ablactancia.
- Edad de comienzo de la obesidad.
- Tiempo que pasa en actividades sedentarias, como ver televisión.
- Enfermedades que padece.
- Medicamentos que se le administran frecuentemente.
- Antecedentes familiares de obesidad.
- Examen físico general, regional y por aparatos:
- Incluirá la evaluación antropométrica (peso, talla, circunferencia del brazo, cintura y cadera, pliegues tricipital, suprailíaco y subescapular).
- Peso: Es la acción de la gravedad sobre la masa corporal
- Estatura: Es la distancia directa entre vértex y el plano de apoyo del individuo. Antes de los 2 años de edad debe tomarse en decúbito supino y se denomina: longitud supina. Después de esta edad el niño permanece de pie durante el tiempo en que se realiza la medición de estatura.
- Circunferencias: Es necesario que la cinta haga un contacto ligero con la piel, por lo que no debe apretarse, ni dejarla tan floja que se separe del cuerpo.
- Circunferencia de la cintura: Es la circunferencia mínima de la cintura.
- Circunferencia de la cadera (glúteos): Es la circunferencia que pasa por la región más saliente de los glúteos.
- Circunferencia del brazo: Es la circunferencia tomada en la mitad del brazo, entre el acromion y el olecranon.
- Pliegues cutáneos: La medición de los pliegues cutáneos consiste en tomar el grosor de una doble capa de piel más grasa subcutánea, y se separa del músculo subyacente.
- Pliegue subescapular: Es el pliegue que se toma en el ángulo inferior de la escápula.



- Pliegue suprailíaco: No existe una definición exacta para esta medición, pero es un pliegue localizado en el abdomen, en la región suprailíaca.
- Pliegue del tríceps: Es un pliegue tomado en el punto medio a lo largo del brazo.
- Exámenes de laboratorio: Glucemia, Lipidograma, hemograma.^{(16) (18)}

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la obesidad infantojuvenil es un difícil desafío, como primera medida consiste en reconocerlo y combatir la creencia popular que sugiere que los “niños gorditos” son los más sanos.⁽¹⁶⁾

El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario y crónico, un equipo integrado por el pediatra, endocrinólogo, nutricionista infantil, psicólogo, profesor de educación física que trabajen para modificar los hábitos de alimentación y estilo de vida u otros factores causales en el niño y en todo su medio social.⁽¹⁷⁾

La infancia es el mejor momento para instaurar hábitos alimentarios saludables, práctica de ejercicios aeróbicos en forma regular, los que no deben perderse en la adolescencia ni en la etapa adulta. Si los padres están comprometidos con éste concepto pueden transmitirlo a sus hijos.⁽¹⁶⁾

El momento más apropiado para intervenir en la prevención y diagnóstico precoz, es el periodo prenatal, idealmente preconcepcional y también en los primeros años de vida post- natal, periodos de gran vulnerabilidad. Para ello es necesario un estricto seguimiento del estado nutricional de la madre desde antes del embarazo, asegurando una lactancia materna exitosa y un incremento del peso adecuado en el niño, de esta forma se podrá disminuir en parte el riesgo de perpetuar el exceso de peso a periodos posteriores de la vida.⁽¹⁷⁾



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

Puede prevenirse en la infancia, aunque no se sabe a ciencia cierta si ello va a evitar su presencia en la adolescencia o en la edad adulta, para ello es muy importante mantener la lactancia materna exclusiva al menos hasta los 4 meses, ya que el niño lactado al pecho controla mejor la cantidad de su ingesta, porque la saciedad no depende solamente del volumen ingerido sino también del tipo y concentración del alimento. Los mecanismos de saciedad en la lactancia natural están asociados en gran medida con el contenido de grasa de esta. El niño alimentado al pecho realiza más actividad física que el alimentado con leches artificiales, trabaja más, emplea más tiempo en su participación en la lactancia, y permanece más tiempo despierto. No debemos forzar al niño a ingerir alimentos sólidos antes de los 5 meses, pues esto condiciona la obesidad desde el primer año de la vida. Ya en la edad escolar existen otros factores que debemos evitar, como es el consumo de golosinas ricas en hidratos de carbono y la vida sedentaria.

Es posible que un sistema de tratamiento grupal, diferenciado por edad y con énfasis en la educación, sea un sistema de tratamiento potencialmente más exitoso que el convencional individual. Dentro de las modalidades del tratamiento se han descrito mejores resultados cuando padres e hijos son vistos por separados, donde se trabaja con los padres como agentes de cambio, destacándose en las revisiones de la literatura la importancia de la participación y motivación de la familia.

Los planes alimentarios a largo plazo sólo son posibles con una adecuada educación nutricional, insistiendo en todo momento en el fraccionamiento y distribución de la ingesta, en la masticación cuidadosa y en la incorporación de fibras vegetales. Es indispensable la motivación hacia prácticas aeróbicas

progresivas y cotidianas, única herramienta por el momento capaz de modificar el gasto metabólico.⁽¹⁶⁾

Puntos del tratamiento

- Resolver alguna comorbilidad si está presente
- Alcanzar mantenimiento del peso, no necesariamente lograr pérdida de peso: una restricción calórica severa puede causar una reducción inaceptable del ritmo de crecimiento en altura, simplemente con evitar la ganancia de peso durante un periodo se logran los mismos objetivos.
- Asegurarse que las familias supervisen su propia dieta, actividad, horas frente al televisor, y uso de la computadora⁽¹⁵⁾
- Reducir el comportamiento sedentario (particularmente las horas frente al televisor, a menos de dos horas por día)
- Aumentar la actividad física (por ejemplo caminar hacia y desde la escuela)
- Tratar a la familia entera, no sólo al niño
- Tratar sólo familias motivadas.⁽¹⁶⁾

CONOCIMIENTO

DEFINICIÓN:

El conocimiento es una abstracción de la realidad, resultado de la interacción entre el objeto y el sujeto. Dicha relación puede ser esencialmente sensorial o sensitiva e intelectual o racional a través de la representación del objeto cognoscible gracias a la capacidad cognoscitiva del sujeto. Está definido por el grado de comprensión de determinado tópico.

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

DIFERENTES TIPOS DE CONOCIMIENTOS:

El hombre, a lo largo de su existencia, ha sentido curiosidad por conocer el mundo que le rodea y ha pretendido dar explicaciones a una serie de interrogantes, que le han surgido de su contacto directo o indirecto con las cosas, hechos y fenómenos que la naturaleza le presenta. Gran parte de las explicaciones que ha dado se fundan en supuestos, creencias y generalizaciones que son aceptadas por razones de autoridad, experiencia, o de fe, sin crítica o razonamiento que sustente su veracidad.

CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO:

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante.⁽²⁰⁾

CLASIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Conocimiento Común: es el que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especialmente diseñados. Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es

aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Conocimiento Científico: es un conocimiento que exige mayor rigor, que trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos. Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.⁽¹⁾ Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.⁽²⁾

Conocimiento Empírico: habla de todo sin límites precisos. En cambio el conocimiento cinético es preciso y específico.

Conocimiento Tácito: este es el tipo de conocimiento que permanece en un nivel “inconsciente”, se encuentra desarticulado y lo implementamos y ejecutamos de una manera mecánica sin darnos cuenta de su contenido.

Conocimiento Implícito: a diferencia del conocimiento tácito, el conocimiento implícito es el que sabemos que lo tenemos, pero no nos damos cuenta que lo estamos utilizando, simplemente lo ejecutamos y ponemos en práctica de una manera habitual.

Conocimiento Explícito: el conocimiento explícito es el que sabemos que tenemos y somos plenamente conscientes cuando lo ejecutamos, es el más fácil de compartir con los demás ya que se encuentra estructurado y muchas veces esquematizado para facilitar su difusión.⁽²¹⁾

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO:

La indagación y medición de los conocimientos se realiza mediante la utilización de test o cuestionarios estructurados abiertos o cerrados de aplicación individual mediante entrevistas personal o grupal. Dichos instrumentos deben poseer las siguientes características:

- Validez: deben medir lo que se desea medir.
- Confiabilidad: debe producir los mismos resultados, sin variar en sus mediciones.
- Objetividad: debe producir información cuantitativa.
- Pertinencia: su contenido deb ser coherente o onsistente en el área o tópico que se desea medir.⁽²²⁾

ESCALA DE CALIFICACIÓN:

La escala de calificación es aquel mecanismo que se plantea como una forma concreta de informar cómo va evolucionando el proceso evaluativo, por ello el docente tiene que ser cuidadoso en la forma de cómo califica.

El juicio que resulta del proceso evaluativo necesita ser comunicado. La calificación asume ese rol comunicativo, a través de símbolos numéricos, escalas, conceptos o descripciones. Ciertamente que es un medio imperfecto, porque no alcanza a expresar en su totalidad la riqueza que tiene la evaluación, pero es lo que se espera y se exige, con sus ventajas y desventajas.

Estas Escalas sirven para evaluar el nivel de actuación en cada etapa del procedimiento, mediante una cuantificación.

- **Escalas numéricas.-** Valoran los objetivos o indicadores mediante una serie de números. Estas consisten en un listado de aseveraciones, en la misma línea se ponen números que representan los grados de logros en el alumno, por ejemplo el máximo grado de logro puede ser el 4, si el tiene



más logro que errores un número 3, si tiene más errores que logro un 2 y si no hay logro un 1.

- **Escalas gráficas.-** Las escalas gráficas se caracterizan por estar constituidas por un enunciado acompañado de una escala en cuyos extremos se presentan conceptos de significado opuesto y entre ellos números que representan grados intermedios.
- **Escalas descriptivas.-** Las escalas descriptivas, se utilizan para medir el nivel de aprendizaje desarrollado por el alumno, mediante una serie concatenada de frases, que sirven de mucha ayuda al momento de evaluar

Escala de calificación vigesimal:

La escala de calificación vigesimal, es aquella escala que comprende un listado de notas, que van desde la nota mínima 00 hasta la nota máxima 20, dicho sistema de calificación es deficiente puesto que no permite comparar de manera adecuada los resultados obtenidos por el evaluado, ya que, cuanto mayor sea el rango de calificativos posibles menos precisa será la diferencia entre dos calificativos cercanos. Por ejemplo es difícil establecer la diferencia entre un evaluado que obtuvo 13 y el otro que obtuvo 14.

- A.- Si obtuvo entre 20 y 18, ello significa muy bueno
- B.- Si obtuvo entre 17 y 14, ello significa bueno
- C.- Si obtuvo entre 13 y 11, ello significa regular
- D.- Si obtuvo entre 10 y 00, ello significa muy mal

Escala de calificación decimal:

La escala de calificación decimal, es aquella escala que comprende un listado de notas, que van desde la nota mínima 0 hasta la nota máxima 10, diversos

investigadores señalan que el sistema decimal es más preciso y se adapta muy fácilmente a la calificación por criterios y no por puntos, así por ejemplo, se puede calificar de muy bueno al alumno que obtuvo un 9 o un 10.⁽²³⁾

- A.- Si sacó entre 9 y 10, ello significa muy bueno
- B.- Si obtuvo entre 7 y 8, ello significa bueno
- C.- Si obtiene entre 5 y 6, ello significa regular
- D.- Si obtiene entre 3 y 4, ello significa deficiente

ACTITUD

DEFINICIÓN:

El término actitud es hoy muy utilizado, y en un lenguaje usual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo.

Dentro del campo de la Psicología el autor más conocido e influyente ha sido Allport¹ que define la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Esta definición resalta que la actitud no es un comportamiento actual, es una disposición previa, es preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales.⁽²⁴⁾

COMPONENTES DE LA ACTITUD:

Los tres componentes de la actitud ínter actúan entre sí y tienden a relacionarse y, si alguno de ellos varía, también los demás cambiarán. En general, los componentes perceptivos, afectivos y de comportamiento son compatibles, de aquí que podamos, conociendo los estímulos (individuos,

interacciones, asuntos sociales o cualquier objeto de actitud), medirlos por las variables dependientes o respuestas fisiológicas, declaraciones verbales, de afecto, de creencia o respecto al comportamiento. Respuestas perceptuales o acciones abiertas que sugieren la existencia de una actitud y caracterizan las actitudes sociales como variables intencionales

El componente cognoscitivo o perceptivo: El componente cognoscitivo o perceptivo es la idea, la categoría utilizada, al pensar valorada cognoscitivamente, y a él pertenecen primordialmente los conjuntos de opiniones, las categorías, los atributos, los conceptos. El componente perceptivo, potencialmente infinito en el medio ambiente, necesitaría una atención tan alta que, para simplificarla, se han de categorizar los estímulos.

El componente afectivo: El componente afectivo sería la emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable. Cuando decimos, "no me gustan las reuniones multitudinarias", estamos expresando un rechazo. Es el componente más característico de las actitudes. Una actitud estará, por lo tanto, muy en relación con las vivencias afectivas y sentimientos de nuestra vida. El sentimiento afectivo le da carácter de cierta permanencia. La valoración cognoscitiva-emocional positiva o negativa se refiere al "grado de expectativa agradable o desagradable, o al grado de acercamiento entre el gustar o no gustar.

El componente conativo o de acción: El componente conativo o de acción es aquel en el que, cuando el individuo cree o piensa una determinada cosa, siente una vivencia positiva/negativa hacia la misma, actúa de una manera determinada ante ese objeto. La actitud es la inclinación o predisposición a actuar de un modo determinado si el comportamiento tiende a bidimensionarse respecto a:

- Cierta volumen de búsqueda o evitación de contacto.
- Cierta volumen de afecto positivo o negativo.



Las actitudes poseen este componente activo que con la valoración cognoscitiva nos predispone emocionalmente al acto, sea éste efectivamente realizado o admitido en el ámbito intrapersonal, dependiendo siempre de la facilitación u obstaculización social.⁽²⁵⁾

ESCALA DE LIKERT

¿Qué es una escala? Definimos una escala como una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En este caso el fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir.

¿Qué es un ítem? Un ítem es una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa conocer. Expresa una opinión sobre un tema.

La escala de Likert, es un método desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

En este caso la afirmación incluye palabras y expresa una sola relación lógica. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

COMO SE CONSTRUYE UNA ESCALA LIKERT

En términos generales, una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación.

Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

MANERAS DE APLICAR LA ESCALA LIKERT

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert:

De manera auto administrada: se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta; marcan respuestas.

La entrevista: un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es necesario que se le entregue al entrevistador una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías.



Al construir una escala Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.

LA ESCALA DE LIKERT SE CARACTERIZA POR:

- Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que disponemos en la investigación social.
- Es una escala para medir las actitudes.
- Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.
- Alternativas o puntos en la escala de Likert:

Alternativa A: (5) Muy de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (Afirmación) (2) En desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo.

Alternativa B: (5) Totalmente de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Neutral (Afirmación), (2) En desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo.

Alternativa C: (5) Definitivamente sí, (4) Probablemente sí, (3) Indeciso afirmación), (2) Probablemente no, (1) Definitivamente no.

Alternativa D: (5) Completamente verdadero, (4) Verdadero, (3) Ni falso, ni verdadero (Afirmación) (2) Falso, (1) Completamente falso.

Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto del puntaje total (PT); este último está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5. ⁽²⁶⁾



CAPITULO III

2. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Las madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay, poseen un bajo nivel de conocimiento y poseen actitudes inadecuadas respecto a la obesidad infantil.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Centro educativo	Tipo de Centro Educativo	Estatal Privado	Nominal
Edad del niño(a)	Fecha de nacimiento	2 años 3 años 4 años 5 años 6 años	Ordinal
Sexo del niño(a)	Fenotipo	Masculino Femenino	Nominal
Grado de instrucción de la madre	Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Nominal
Número de hijos	Cantidad de hijos vivos	1 a 2 hijos 3 a 4 hijos 5 a más hijos	Intervalo



Nivel de Conocimientos	Puntaje	Muy bueno (entre 20-18) Bueno (entre 17-14) Regular (entre 13-11) Muy Malo (entre 10-00)	Ordinal
Nivel de Actitudes	Puntaje	< P ₂₅ Negativo P ₂₅ – P ₅₀ Indiferente > P ₅₀ Positivo	Ordinal
Estado Nutricional	Percentil	< 5p Delgadez 5 - 85p Peso ideal 85 - 95p Sobrepeso > 95p Obeso	Ordinal



CAPITULO IV

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El presente estudio es de tipo prospectivo y transversal

4.2 Ámbito de estudio

Este trabajo se realizó en los centros educativos de nivel inicial estatal y privado del distrito de Pocollay, los cuales se encuentran inscritos y cumplen con las normas de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) – Tacna.

Dichas instituciones tienen una población estudiantil variada con niños de 2 a 6 años, a continuación se muestra el nombre y dirección de cada Centro Educativo Inicial Estatal y Privado.

CENTRO EDUCATIVO INICIAL ESTATAL

Número y/o nombre de la Institución Educativa	Dirección	Nombre del director
232 Virgen de las Mercedes	Av. Zela 924	Huarachi Choque Nimia Victoria
312 Jesús Nazareno	Av. Los Angeles 233	Esteban Zevallos Nelly Ventura
358 Niño Salvador	Pje. Puente Arnao s/n	Pino Cabrera Luzgarda
308 Maria Auxiliadora	Tacna Mz k lote 16	Carmen Luisa Yepez Nieto
435 Las Colmenas	Ciudad las Colmenas s/n	Monroy Roque Marisol



CENTRO EDUCATIVO INICIAL PRIVADO

Número y/o nombre de la Institución Educativa	Dirección	Nombre del director
El Shaddai	Prolongacion Hnos Reinoso s/n	Marianella Macchiavello Morales
Maria de los Angeles	Av. Bugambillas 417	Cohaila de Palacios Juana
Santa Maria Eufrasia	Av. San José de Peschay s/n	Salas Rios Dany Luz

4.3 Población y muestra.

Se trabaja con una población conformada por todas las madres de los niños matriculados en los Centros Educativos de nivel Inicial Estatal y Privado del distrito de Pocollay de Tacna, cumpliendo con la característica de estar el niño matriculado el año 2009. El total de niños matriculados de acuerdo a los registros de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) – Tacna fueron 500 niños, de los cuales participaron en nuestro estudio 382 madres con sus respectivos hijos.

4.3.1 Criterios de Inclusión

Todas las madres de los niños matriculados el 2009, en los Centros Educativos de nivel Inicial Estatal y Privado del distrito de Pocollay de Tacna que deseen contribuir y participar con la investigación, los cuales fueron 382 madres con sus respectivos hijos.

4.3.2 Criterios de Exclusión

Todas las madres de los niños matriculados el 2009, en los Centros Educativos de nivel Inicial Estatal y Privado del distrito de Pocollay de Tacna que no deseen contribuir y participar con la investigación y madres de niños que fueron retirados de dichos Centros Educativos.

Cabe mencionar que luego de tener resultados del estado nutricional de los niños, se excluyó aquellos niños con delgadez, quedando en total 372 participantes.

4.2 Instrumentos de Recolección de datos.

Se elaboró un instrumento de evaluación que consta de cuatro partes:

La primera contiene datos principales de la madre e hijo(a), dentro de este encontramos las variables independientes como son centro educativo estatal o privado, edad del niño(a), sexo del niño(a), grado de instrucción de la madre, número de hijos de la madre, si cree que alguno de sus hijos padece de obesidad.

La segunda evalúa el nivel de conocimiento, a través de 10 preguntas de selección múltiple conteniendo una sola respuesta por pregunta, se da el puntaje de acuerdo a la escala de calificaciones por Jorge Julio Chávez Pacheco⁽²³⁾, el puntaje de calificación para el nivel de conocimiento es el siguiente:

- Muy bueno entre 20 - 18
- Bueno entre 17 - 14
- Regular entre 13 - 11
- Muy Malo entre 10 - 00

La tercera evalúa actitudes a partir de la escala de Likert, en donde el puntaje de calificación se da en percentiles de la siguiente manera:



- Negativo < P₂₅
- Indiferente P₂₅ – P₅₀
- Positivo > P₅₀

La cuarta evalúa el peso y la talla del niño(a), a partir del cual se calculó el índice de masa corporal (IMC) y con la edad se obtuvo el percentil, para determinar su estado nutricional.

El instrumento de recolección de datos fue validado a través de juicio de expertos, quienes respaldan y dan fe de dicha validación, está conformado por tres médicos mencionados a continuación.

- Dr. Arias Santana, Víctor
- Méd. Rivarola Hidalgo, Marco
- Méd. Caballero Cáceres, César

La recolección de datos se realizó organizando una reunión de todas las madres en los respectivos Centros Educativos Inicial Estatal y Privado, quienes llenaron las encuestas seguida de una charla sobre obesidad infantil, posteriormente se talló y pesó a los niños de aquellas madres que participaron en la encuesta y quienes no asistieron a la reunión programada se las encuestó en el horario de entrada y salida del Centro Educativo Inicial, o se las ubicó en su domicilio.



CAPITULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la recolección de la información se aplicó encuestas, luego de aplicadas se recolectó la información obtenida, se introdujo a una base de datos para su procesamiento, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2003.

Para el análisis de los datos procesados se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0, con el cual se realizan pruebas estadísticas correspondientes con valores proporcionales en tablas de contingencia, frecuencias, medidas de tendencia central, media aritmética, pruebas estadísticas de Chi cuadrado de Pearsson o de Mann Whitney en los casos que corresponda considerando una confiabilidad de 95% y un valor $p < 0.05$.

Los resultados se presentaran en tablas estadísticas de dos o más entradas a fin de dar respuesta al problema y los objetivos planteados en la investigación.

CAPITULO VI

6.1 RESULTADOS

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE CENTRO EDUCATIVO INICIAL EN EL DISTRITO DE POCOLLAY - 2009.

		<i>n</i>	%
Centro Educativo	Estatad	294	79.03%
	Privado	78	20.97%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 01 observamos que el 79.03 % pertenecen a un Centro Educativo Inicial Estatal, y el 20.97 % pertenecen a un Centro Educativo Inicial Privado.

TABLA 02

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXAMINADA SEGÚN SEXO Y EDAD EN EL DISTRITO DE POCOLLAY - 2009.

		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		N	%	n	%
Edad	2	6	3.06%	2	1.14%
	3	26	13.27%	18	10.23%
	4	77	39.29%	48	27.27%
	5	78	39.80%	90	51.14%
	6	9	4.59%	18	10.23%
	Total	196	100.00%	176	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 02 se muestra que, el género femenino constituye en las edades de 2, 3 y 4 años un 3.06 %, 13.27 % y 39.80 % respectivamente y el género masculino constituye en las edades de 5 y 6 años un 51.14 % y 10.23 % respectivamente.

TABLA 03

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE, EN EL DISTRITO DE POCOLLAY - 2009.

		n	%
Grado de Instrucción de la Madre	Primaria	48	12.90%
	Secundaria	177	47.58%
	Superior	147	39.52%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 03 observamos que las madres encuestadas 372 (100 %) tienen un grado de instrucción de nivel secundaria en un 47.58 %, nivel superior en 39.52 % y nivel primaria en 12.90 %.

TABLA 04

PERCEPCIÓN DE LA MADRE SOBRE OBESIDAD EN SUS HIJOS, EN EL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		n	%
¿Alguno de sus hijos padece obesidad?	No	316	84.95%
	Si	56	15.05%
	Total	372	100.00%
Opinión de la madre sobre si su hijo (examinado) padece obesidad	No	358	96.24%
	Si	14	3.76%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

La tabla 04 muestra la percepción de la madre sobre obesidad en algunos de sus hijos, el 84.95 % niegan que alguno de sus hijos padezca de obesidad y 96.24 % niegan que el hijo examinado padezca de obesidad.



TABLA 05

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN
MADRES DE NIÑOS QUE CURSAN NIVEL INICIAL EN EL DISTRITO
DE POCOLLAY - 2009.**

		n	%
Nivel de Conocimientos	Muy Malo	168	45.16%
	Regular	74	19.89%
	Bueno	105	28.23%
	Muy Bueno	25	6.72%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 05 se muestra que la población con nivel de conocimiento muy malo son 45.16 %, quienes tienen un nivel de conocimiento regular son el 19.89 %, la población con un nivel de conocimiento bueno son 28.23 %, y los de nivel de conocimiento muy bueno son 6.72 %.



TABLA 06

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE OBESIDAD INFANTIL SEGÚN CENTRO EDUCATIVO AL QUE PERTENECE EL NIÑO(A), GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE Y NÚMEROS DE HIJOS DE LA MISMA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		Nivel de Conocimientos										P:
		Muy Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		Total		
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Centro Educativo	Estatal	147	50.0%	64	21.8%	70	23.8%	13	4.4%	294	100.0%	0,000
	Privado	21	26.9%	10	12.8%	35	44.9%	12	15.4%	78	100.0%	
Grado de Instrucción de la Madre	Primaria	37	77.1%	7	14.6%	4	8.3%	0	0.0%	48	100.0%	0,000
	Secundaria	92	52.0%	43	24.3%	36	20.3%	6	3.4%	177	100.0%	
	Superior	39	26.5%	24	16.3%	65	44.2%	19	12.9%	147	100.0%	
Número de hijos	1	39	38.2%	21	20.6%	33	32.4%	9	8.8%	102	100.0%	0.215
	2	66	41.0%	36	22.4%	49	30.4%	10	6.2%	161	100.0%	
	3	33	50.8%	11	16.9%	16	24.6%	5	7.7%	65	100.0%	
	4	25	71.4%	6	17.1%	3	8.6%	1	2.9%	35	100.0%	
	5	4	57.1%	0	0.0%	3	42.9%	0	0.0%	7	100.0%	
	6	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	7	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



En la tabla 06 encontramos que de 294 encuestadas que pertenecen a un Centro Educativo Inicial Estatal, 50.0 % tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 21.8 % un nivel de conocimiento regular, el 23.8 % un nivel de conocimiento bueno y un 4.4 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

De 78 encuestadas que pertenecen a un Centro Educativo Inicial Privado, 26.9 % tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 12.8 % un nivel de conocimiento regular, el 44.9 % un nivel de conocimiento bueno y un 15.4 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

En la relación nivel de conocimientos y el grado de instrucción de la madre encontramos que quienes tienen grado de instrucción primaria representado por 48 encuestadas, el 77.1 % tiene un nivel de conocimiento muy malo, el 14.6 % un nivel de conocimiento regular, el 8.3 % un nivel de conocimiento bueno y un 0 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

Las madres con grado de instrucción secundaria representado por 177 encuestadas, el 52.0 % tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 24.3 % un nivel de conocimiento regular, el 20.3 % un nivel de conocimiento bueno y un 3.4 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

Las madres con grado de instrucción superior representado por 147 encuestadas, el 26.5 % tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 16.3 % un nivel de conocimiento regular, el 44.2 % un nivel de conocimiento bueno y un 12.9 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

En la relación nivel de conocimientos y número de hijos de la madre encontramos que quienes tienen 1 hijo representado por 102 encuestadas, el 38.2 % tiene un nivel de conocimiento muy malo, el 20.6 % un nivel de conocimiento regular, el 32.4 % un nivel de conocimiento bueno y un 8.8 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

Quienes tienen 2 hijos representado por 161 encuestadas, el 41.0 % tiene un nivel de conocimiento muy malo, el 22.4 % un nivel de conocimiento regular, el 30.4 % un nivel de conocimiento bueno y un 6.2 % un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad infantil.

TABLA 07

**ACTITUDES DE LAS MADRES FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL
EN NIÑOS QUE CURSAN NIVEL INICIAL EN EL DISTRITO DE
POCOLLAY - 2009.**

		n	%
Actitud	Negativa	80	21.51%
	Indiferente	111	29.84%
	Positiva	181	48.66%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 07 se observa que la actitud en las madres frente a la obesidad infantil, es positiva en un 48.66 %, es indiferente en un 29.84 %, y negativa en un 21.51 %.



TABLA 08

ACTITUD FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL SEGÚN CENTRO EDUCATIVO AL QUE PERTENECE EL NIÑO, GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE Y NÚMEROS DE HIJOS DE LA MISMA EN EL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		Actitud								p:
		Negativa		Indiferente		Positiva		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Centro Educativo	Estatal	70	23.8%	87	29.6%	137	46.6%	294	100.0%	0.095
	Privado	10	12.8%	24	30.8%	44	56.4%	78	100.0%	
	Total	80	21.5%	111	29.8%	181	48.7%	372	100.0%	
Grado de Instrucción de la Madre	Primaria	21	43.8%	14	29.2%	13	27.1%	48	100.0%	0.000
	Secundaria	41	23.2%	61	34.5%	75	42.4%	177	100.0%	
	Superior	18	12.2%	36	24.5%	93	63.3%	147	100.0%	
	Total	80	21.5%	111	29.8%	181	48.7%	372	100.0%	
Número de hijos	1	18	17.6%	28	27.5%	56	54.9%	102	100.0%	0.229
	2	30	18.6%	55	34.2%	76	47.2%	161	100.0%	
	3	18	27.7%	17	26.2%	30	46.2%	65	100.0%	
	4	11	31.4%	11	31.4%	13	37.1%	35	100.0%	
	5	2	28.6%	0	0.0%	5	71.4%	7	100.0%	
	6	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	7	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	80	21.5%	111	29.8%	181	48.7%	372	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



La tabla 08 nos muestra que de 294 encuestadas que pertenecen a un Centro Educativo Inicial Estatal, 46.6 % tienen actitud positiva, el 29.6 % una actitud indiferente y un 23.8 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

De 78 encuestadas que pertenecen a un Centro Educativo Inicial Privado, 56.4 % tienen actitud positiva, el 30.8 % una actitud indiferente y un 12.8 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

En relación a la actitud y el grado de instrucción de la madre encontramos que quienes tienen un nivel de educación primaria representado por 48 encuestadas, el 27.1 % tienen actitud positiva, 29.2 % actitud indiferente y 43.8 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

Quienes tienen nivel de educación secundaria representado por 177 encuestadas, el 42.4 % tienen actitud positiva, 34.5 % actitud indiferente y 23.2 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

Quienes tienen nivel de educación superior representado por 147 encuestadas, el 63.3 % tienen actitud positiva, 24.5 % actitud indiferente y 12.2 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

En cuanto al nivel de conocimiento y número de hijos de la madre encontramos que quienes tienen 1 hijo representado por 102 encuestadas, el 54.9 % tiene actitud positiva, el 27.5 % actitud indiferente y un 17.6 % una actitud negativa.

Las madres con 2 hijos representado por 161 encuestadas, se encontró que el 47.2 % tiene actitud positiva, el 34.2 % actitud indiferente y un 18.6 % una actitud negativa.



TABLA 09

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL DE LAS MADRES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN MADRES ENCUESTADAS DEL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		Actitud								p:
		Negativa		Indiferente		Positiva		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de Conocimientos	Muy Malo	56	33.3%	54	32.1%	58	34.5%	168	100.0%	0.000
	Regular	10	13.5%	24	32.4%	40	54.1%	74	100.0%	
	Bueno	10	9.5%	28	26.7%	67	63.8%	105	100.0%	
	Muy Bueno	4	16.0%	5	20.0%	16	64.0%	25	100.0%	
	Total	80	21.5%	111	29.8%	181	48.7%	372	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



La tabla 09 nos indica que de 25 encuestadas que tienen muy buen nivel de conocimientos sobre obesidad infantil, el 64.0 % tienen actitud positiva, el 20.0 % una actitud indiferente y un 16.0 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

El grupo que tienen un nivel de conocimiento bueno representó 105 encuestadas del cual el 63.8 % tienen actitud positiva, el 26.7 % una actitud indiferente y un 9.5 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

Del grupo que tienen un nivel de conocimiento regular representó 74 encuestadas del cual el 54.1 % tienen actitud positiva, el 32.4 % una actitud indiferente y un 13.5 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.

Finalmente el grupo que tienen un nivel de conocimiento muy malo representó 168 encuestadas del cual el 34.5 % tienen actitud positiva, el 32.1 % una actitud indiferente y un 33.3 % actitud negativa frente a la obesidad infantil.



TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL HALLADO POR PERCENTIL EN LOS NIÑOS EXAMINADOS DEL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		n	%
Diagnostico Nutricional	Peso ideal	202	54.30%
	Sobrepeso	79	21.24%
	Obeso	91	24.46%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 10 observamos que de la población total de niños examinados 100 % (n=372), 54.30 % tienen peso ideal, 24.46 % son obesos y 21.24 % tienen sobrepeso.



TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ASOCIANDO SOBREPESO/OBESIDAD EN LOS NIÑOS EXAMINADOS DEL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		n	%
Diagnostico Nutricional	Sobrepeso/Obesidad	170	45.70%
	Peso Ideal	202	54.30%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

La tabla 11 representa el diagnóstico nutricional asociando sobrepeso/obesidad, siendo la población total de niños examinados 100 % (n=372), del cual el 54.30 % tienen peso ideal y 45.70 % padecen de sobrepeso/obesidad.



TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL SEGÚN GÉNERO Y GRUPO ETÁREO EN LOS NIÑOS EXAMINADOS DEL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		Diagnostico Nutricional						p:
		Sobrepeso/Obesidad		Peso Ideal		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Femenino	98	50.0%	98	50.0%	196	100.0%	0.079
	Masculino	72	40.9%	104	59.1%	176	100.0%	
	Total	170	45.7%	202	54.3%	372	100.0%	
Edad	2	4	50.0%	4	50.0%	8	100.0%	0.640
	3	17	38.6%	27	61.4%	44	100.0%	
	4	62	49.6%	63	50.4%	125	100.0%	
	5	77	45.8%	91	54.2%	168	100.0%	
	6	10	37.0%	17	63.0%	27	100.0%	
	Total	170	45.7%	202	54.3%	372	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



En la tabla 12 se muestra que del género femenino representado por 196 niñas 100 %, el 50.0 % tienen peso ideal y un 50.0 % tienen sobrepeso/obesidad.

Del género masculino representado por 176 niños 100 %, el 59.1 % tienen peso ideal y un 40.9 % tienen sobrepeso/obesidad.

En cuanto al grupo etáreo y el diagnóstico nutricional observamos que a la edad de 2 años representado por 8 niños 100 %, tienen peso ideal el 50.0 % y sobrepeso/obesidad el 50.0 %;

A la edad de 3 años representado por 44 niños 100 %, tienen peso ideal el 61.4 % y sobrepeso/obesidad el 38.6 %;

A la edad de 4 años representado por 125 niños 100 %, tienen peso ideal el 50.4 % y sobrepeso/obesidad el 49.6 %;

A la edad de 5 años representado por 168 niños 100 %, tienen peso ideal el 54.2 % y sobrepeso/obesidad el 45.8 %;

A la edad de 6 años representado por 27 niños 100 %, tienen peso ideal el 63.0 % y sobrepeso/obesidad el 37.0 %.



TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS EXAMINADOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NÚERO DE HIJOS DE LAS MADRES ENCUESTADAS, EN EL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		Diagnostico Nutricional						p:
		Sobrepeso/Obesidad		Peso Ideal		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grado de Instrucción de la Madre	Primaria	21	43.8%	27	56.3%	48	100.0%	0.321
	Secundaria	88	49.7%	89	50.3%	177	100.0%	
	Superior	61	41.5%	86	58.5%	147	100.0%	
	Total	170	45.7%	202	54.3%	372	100.0%	
Número de hijos	1	51	50.0%	51	50.0%	102	100.0%	0.787
	2	72	44.7%	89	55.3%	161	100.0%	
	3	28	43.1%	37	56.9%	65	100.0%	
	4	15	42.9%	20	57.1%	35	100.0%	
	5	3	42.9%	4	57.1%	7	100.0%	
	6	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	7	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	170	45.7%	202	54.3%	372	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



En la tabla 13 observamos que las madres con grado de instrucción primaria representado por 48 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 56.3 %, y con sobrepeso/obesidad en un 43.8 %.

Las madres con grado de instrucción secundaria representado por 177 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 50.3 %, y con sobrepeso/obesidad en un 49.7 %.

Las madres con grado de instrucción superior representado por 147 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 58.5 %, y con sobrepeso/obesidad en un 41.5 %.

En la distribución del diagnóstico nutricional según el número de hijos de la madre encontramos que quienes tienen 1 hijo representado por 102 encuestadas, tienen a su hijo con peso ideal en un 50.0 % y con sobrepeso/obesidad un 50.0 %.

Las madres con 2 hijos representado por 161 encuestadas, tienen a su hijo con peso ideal en un 55.3 % y con sobrepeso/obesidad un 44.7 %.



TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS EXAMINADOS SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL DE LAS MADRES ENCUESTADAS, EN EL DISTRITO DE POCOLLAY – 2009.

		Diagnostico Nutricional						p:
		Sobrepeso/Obesidad		Peso Ideal		Total		
		N	%	n	%	n	%	
Nivel de Conocimientos	Muy Malo	76	45.2%	92	54.8%	168	100.0%	0.889
	Regular	32	43.2%	42	56.8%	74	100.0%	
	Bueno	49	46.7%	56	53.3%	105	100.0%	
	Muy Bueno	13	52.0%	12	48.0%	25	100.0%	
	Total	170	45.7%	202	54.3%	372	100.0%	
Actitud	Negativa	33	41.3%	47	58.8%	80	100.0%	0.239
	Indiferente	58	52.3%	53	47.7%	111	100.0%	
	Positiva	79	43.6%	102	56.4%	181	100.0%	
	Total	170	45.7%	202	54.3%	372	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



En la tabla 14 se observa que las madres con un nivel de conocimiento muy malo sobre obesidad representado por 168 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 54.8 %, y con sobrepeso/obesidad en un 45.2 %.

Las madres con un nivel de conocimiento regular sobre obesidad representado por 74 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 56.8 %, y con sobrepeso/obesidad en un 43.2 %.

Las madres con un nivel de conocimiento bueno sobre obesidad representado por 105 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 53.3 %, y con sobrepeso/obesidad en un 46.7 %.

Las madres con un nivel de conocimiento muy bueno sobre obesidad representado por 25 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 48.0 %, y con sobrepeso/obesidad en un 52.0 %.

Con respecto a la actitud que tienen las madres frente a la obesidad infantil y el diagnóstico nutricional observamos que las madres con actitud negativa representado por 80 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 58.8 %, y con sobrepeso/obesidad en un 41.3 %.

Las madres con actitud indiferente representado por 111 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 47.7 %, y con sobrepeso/obesidad en un 52.3 %.

Las madres con actitud positiva representado por 181 encuestadas 100 % tienen a su hijo examinado con peso ideal en un 56.4 %, y con sobrepeso/obesidad en un 43.6 %.

6.2 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y actitudes frente a la obesidad infantil en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay matriculados en el año 2009. El estudio estuvo comprendido desde el 1 de octubre hasta el 30 noviembre del año 2009.

En la aplicación de la encuesta encontramos apatía y malestar en algunas madres a las que se citó a reunión, sin embargo la mayoría colaboró con el estudio.

La población estudiada fue de 382 madres en total 100 %, de las cuales se examinó a sus hijos quienes cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay, una vez llenado la base de datos, hallando el percentil mediante el índice de masa corporal (IMC) y edad se obtuvo datos sobre obesidad, sobrepeso, peso ideal y delgadez, y fueron excluidos aquellos niños con delgadez ya que no cumplen con el objetivo del estudio sobre obesidad infantil, por tanto la población en estudio comprende de 372 madres con sus respectivos hijos.

En relación al Centro Educativo, encontramos que de la población total examinada 100 % (372) la mayoría de los niños pertenecen a un Centro Educativo Estatal representando el 79.03 % y sólo el 20.97 % pertenecen a un Centro Educativo Inicial Privado.

En cuanto al género hay predominio del femenino con 196 niñas y del género masculino 176 niños, de acuerdo a la distribución según género y grupo etáreo, observamos que el género femenino predomina en las edades de 2, 3 y 4 años con 3.06 %, 13.27 % y 39.80 % respectivamente y el género masculino predomina en las edades de 5 y 6 años con 51.14 % y 10.23 % respectivamente.



Considerando el grado de instrucción de las madres encuestadas encontramos que la mayoría tienen nivel secundaria y superior con 47.58 % y 39.52 % respectivamente, finalmente las que tienen nivel primaria son 12.90 % representando la minoría.

La mayoría de las madres tienen una mala percepción sobre obesidad en sus hijos, ya que el 84.95 % del 100 % (372) niega que alguno de sus hijos padezca de obesidad, y el 96.24 % niega que su hijo examinado padezca de obesidad. Esto concuerda con el estudio de Fernando Bracho M y Eliana Ramos H. denominado: Percepción materna del estado nutricional de sus hijos en Chile, donde la mayoría de las madres tienen una percepción alterada del estado nutricional infantil el cual constituye un factor de riesgo para la alta prevalencia de malnutrición por exceso⁽¹³⁾.

Los resultados del nivel de conocimiento sobre obesidad infantil en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay, evidencia que la mayoría tiene muy mal nivel de conocimiento el cual se representa por el 45.16 %, seguido de quienes tienen un nivel de conocimiento bueno que es el 28.23 % y los que tienen nivel regular representan el 19.89 %, finalmente la minoría que es el 6.72 % tienen un nivel de conocimiento muy bueno; pese a que en la tabla 03 observamos que la mayoría de madres tienen grado de instrucción secundaria y superior, no cuentan con un nivel de conocimiento adecuado sobre obesidad infantil.

En la distribución del nivel de conocimientos según Centro Educativo y grado de instrucción de la madre presentó significación estadística ($p < 0.05$) encontrándose que las madres cuyos hijos pertenecen a un Centro Educativo Inicial Estatal representado por 294 encuestadas tienen muy mal nivel de conocimiento (50.0 %) y las madres cuyos hijos pertenecen a un Centro Educativo Inicial Privado representado por 78 encuestadas a diferencia de lo anterior, tienen un nivel de conocimiento bueno (44.9 %).



En cuanto al grado de instrucción encontramos que las madres con grado de instrucción primaria representado por 48 encuestadas, el 77.1 % tienen un nivel de conocimiento muy malo, aquellas madres con grado de instrucción secundaria representado por 177 encuestadas, el 52.0 % tienen un nivel de conocimiento muy malo y las madres con grado de instrucción superior representado por 147 encuestadas, el 44.2 % tienen un nivel de conocimiento bueno. Entonces podemos mencionar que hay una relación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento, es decir a mayor grado de instrucción mayor el nivel de conocimiento.

En la relación nivel de conocimientos y número de hijos de la madre encontramos que no tiene significación estadística por el que podemos considerar que no hay relación alguna entre el número de hijos de la madre y el nivel de conocimiento.

En los resultados de la actitud que tienen las madres frente a la obesidad infantil revela que la mayoría representado por 181 encuestadas que es el 48.66 % posee actitud positiva, seguido del 29.84 % con actitud indiferente y el 21.51 % con actitud negativa, sin embargo asociando la actitud indiferente y negativa representan la mayoría, eso explicaría el aumento en la prevalencia de obesidad en la población infantil.

En la distribución de la actitud según Centro Educativo, predomina la actitud positiva tanto en C.E Estatal y Privado.

En cuanto a la actitud respecto al grado de instrucción de las madres, encontramos que la mayoría de madres con nivel primario, tienen actitud negativa (43.8%), y las madres con nivel secundario y superior poseen actitud positiva (42.4%) y (63.3%) predominantemente, esto muestra que a mayor grado de instrucción mejor es la actitud frente a la obesidad infantil.

En cuanto a la actitud y número de hijos de la madre encontramos que no tiene significación estadística por el que podemos considerar que no hay relación alguna entre el número de hijos de la madre y la actitud de la misma.



El nivel de conocimiento y actitud de las madres frente a la obesidad infantil presentó significación estadística ($p < 0.05$) encontrándose que a mayor nivel de conocimiento que posee la madre la actitud que presenta es positiva. Los resultados muestran que de 25 encuestadas que tienen muy buen nivel de conocimientos sobre obesidad infantil, el 64.0 % tienen actitud positiva, el 20.0 % actitud indiferente y un 16.0 % actitud negativa, de 105 encuestadas que tienen nivel de conocimiento bueno el 63.8 % tienen actitud positiva, el 26.7 % actitud indiferente y un 9.5 % actitud negativa, de 74 encuestadas el 54.1 % tienen actitud positiva, el 32.4 % indiferente y un 13.5 % actitud negativa finalmente de 168 encuestadas el 34.5 % tienen actitud positiva, el 32.1 % una actitud indiferente y un 33.3 % actitud negativa frente a la obesidad infantil; comparado con el estudio de Juliana Kain, Sonia Olivares, Marcela Castillo y Fernando Vio, denominado: Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares – Chile⁽¹²⁾. Donde los resultados mostraron que los conocimientos de los niños, sus madres y profesores eran deficientes, por lo mismo tenían actitudes inadecuadas, sin embargo después de la experiencia educativa para niños y madres, estos mejoraron significativamente, aunque, no alcanzaron el nivel esperado.

La obesidad y sobrepeso se detectaron en el 24.46 % y 21.24 % respectivamente, asociando sobrepeso/obesidad son el 45.70 % quienes padecen de malnutrición por exceso y el 54.30 % representa los niños con peso ideal. Esto confirmaría el incremento de sobrepeso/obesidad infantil que se está alcanzando con el tiempo según afirman los autores Rosana Tazza y Luz Bullón en su estudio denominado ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños Peruanos menores de 5 años⁽⁸⁾. Donde se tenía en Tacna un 57% de niños menores de 5 años con sobrepeso/obesidad en el año 2000, actualmente solo en el distrito de Pocollay encontramos un 45.70% de niños con sobrepeso/obesidad.



En cuanto a sobrepeso/obesidad y género se encontró que hay ligero predominio en el sexo femenino con 50.0 % que el masculino con 40.9 % de sobrepeso/obesidad, sin embargo no presentó significación estadística.

En cuanto a sobrepeso/obesidad y grupo etáreo, los niños de 2 años presentan sobrepeso/obesidad con 50.0 %, los niños de 4 años con 49.6 %, seguido de niños de 5 años con 45.8 %, luego niños de 3 años con 38.6 % y finalmente niños de 6 años con 37.0 %. De acuerdo a los resultados podemos mencionar que la tendencia es variada, es decir, no hay alta prevalencia de sobrepeso/obesidad en determinado género o grupo etáreo.

En la distribución del grado de instrucción de la madre y número de hijos según el diagnóstico nutricional no se presentó significación estadística ($p > 0.05$), en la tabla se muestra que el 49.7 % que es la mayoría de niños con sobrepeso/obesidad tienen a su madre con grado de instrucción secundaria, el 43.8 % de niños con sobrepeso/obesidad tienen a su madre con grado de instrucción primaria y el 41.5 % de niños con sobrepeso/obesidad tienen a su madre con grado de instrucción superior. Asimismo no hay variabilidad entre el diagnóstico nutricional y el número de hijos.

Con respecto al diagnóstico nutricional con el nivel de conocimiento sobre obesidad infantil encontramos que la mayoría de madres que tienen a su hijo con sobrepeso/obesidad tiene muy buen nivel de conocimiento sin embargo poseen actitud indiferente frente al problema de obesidad, pese al conocimiento que tienen del tema.

Considerando el nivel de conocimiento de las madres y el diagnóstico nutricional encontramos que aquellas madres con un nivel de conocimiento muy bueno, tienen el 52.0 % de niños con sobrepeso/obesidad y las madres con un nivel de conocimiento muy malo tienen el 45.2 % de niños con sobrepeso/obesidad. Esto demuestra que no solo el nivel de conocimiento influye sino que también la actitud que tienen las madres frente a la obesidad de sus hijos.



Con respecto a la actitud que tienen las madres frente a la obesidad infantil observamos que de 111 (100 %) de madres con actitud indiferente, tienen el 52.3 % de niños con sobrepeso/obesidad; seguido de las madres con actitud positiva representado por 181 (100 %) madres, que tienen el 43.6 % de niños con sobrepeso/obesidad y las madres con actitud negativa frente a la obesidad infantil representado por 80 (100 %) tienen el 41.3 % de niños con sobrepeso/obesidad. Como se mencionó anteriormente asociando la actitud negativa e indiferente, representa la mayoría, eso muestra que la mayoría de madres hace poco o nada para apoyar a su hijo obeso o en la prevención de la misma. Esto concuerda con el estudio denominado Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile por los autores Sonia Olivares, Nelly Bustos, Ximena Moreno, Lydia Lera, Silvana Cortez⁽¹¹⁾. Donde refieren que las madres muestran poca motivación para apoyar a sus hijos obesos.

6.3 CONCLUSIONES

- Se determinó que el nivel de conocimiento sobre obesidad infantil en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay fue muy malo en un 45.16 % que representa la mayoría y sólo el 6.72 % tuvieron un nivel de conocimiento muy bueno.
- Se determinó que la actitud frente a la obesidad infantil en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay de Tacna, fue positiva en un 48.66 % de la población estudiada.
- La relación entre nivel de conocimiento y actitudes frente a la obesidad infantil en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay, fue directamente proporcional demostrándose así que a mayor nivel de conocimiento la actitud es positiva y a menor nivel de conocimiento la actitudes negativa.
- Se determinó que la mayoría de madres, pese a tener grado de instrucción secundaria y superior no poseen buen nivel de conocimiento sobre obesidad infantil.
- Se encontró un índice elevado de niños en el distrito de Pocollay con sobrepeso/obesidad (45.70%).



6.4 RECOMENDACIONES

- Diversificar las opciones y estrategias educativas para mejorar el nivel de conocimiento, asimismo sensibilizar a las madres en cuanto a la actitud que deben tomar para la prevención de la obesidad infantil.
- Intensificar las charlas a las madres sobre factores de riesgo y complicaciones de obesidad infantil en los Centro Educativos previa difusión de resultados al personal asistencial de salud en cuanto a conocimiento de obesidad infantil así como de las medidas de prevención de ésta enfermedad para considerar la creación de un programa a nivel local, regional y nacional sobre la prevención y control de ésta patología.
- Continuar con la realización de estudios relacionados al nivel de conocimiento y actitud de madres frente a la obesidad infantil a nivel de Tacna, además, realizar estudios de investigación orientados a determinar las causas por las que, algunas madres en el distrito de Pocollay teniendo relativamente buen nivel de conocimiento y actitud positiva frente a la obesidad infantil, no toman medidas de prevención ya que se encontró un 45.70 % de sobrepeso/obesidad en sus hijos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson N. Kenneth – coordinador general. Diccionario de Medicina Mosby Océano. 4^{ta} edición - Editorial Océano – España.
2. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española. 22^{da} Edición – España, 2001.
3. Rodríguez, A. Psicología Social. México: Trillas. ISBN. 1991. **Ver en:**
http://www.degerencia.com/articulo/aptitud_actitud/imp
4. Organización Mundial de la Salud. Septiembre de 2006. **Ver en:**
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
5. Grummer M. Laurence - Strawn. Ph.D., Chief, Maternal Child Nutrition Branch Division, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. July 24, 2009, Morbidity and Mortality Weekly Report. **Ver en:**
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_87338.html
6. Pajuelo, Jaime; Rocca, Jesús; Gamarra, Marco. Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. Hospital Nacional Dos de Mayo. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 64, N° 1 – 2003. Págs. 21 – 26. **Ver en:**
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n1/a04v64n1.pdf>
7. Guevara Chacabana, Gamaniel Raúl - Pediatra. Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos, económico sociales y culturales. Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. **Ver en:**
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Paediatria/v08_n2/pdf/a06v8n2.pdf
8. Tazza, Rosana; Bullón, Luz. Obesidad o desnutrición - Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años. Programa de Post Grado en Nutrición



Pública, Universidad Nacional Agraria La Molina (UNALM). Lima, Perú.
Departamento de Estadística e Informática, UNALM. Lima, Perú.

Anales de la Facultad de medicina. v.67 n.3 Julio - Septiembre 2006. **Ver en:**
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000300004

9. Borges, Claudia; Köhler, María; Leite, Maysa; Silva, Arlet; Camargo, Akemi; Kanunfre, Carla. Académicos de curso de bachillerato en enfermería de la Universidad Estatal de Ponta Grossa (UEPG). Influencia de la televisión en la prevalencia de obesidad infantil en Ponta Grossa, Paraná – Brasil. *Cienc Cuid Saude* jul/set – 2007.
10. Pereira, Abel; Guedes D. Alexis; Verreschi Tn. Ieda; Santos D. Raúl; Martínez Lr. Tania. Universidad Federal de São Paulo, Brasil. La obesidad y su asociación con los demás factores de riesgo cardiovascular en escolares de Itapetinga, Brasil. *Revista Brasileira de Cardiología*. Vol.93 no.3 São Paulo sept. 2009.
11. Olivares C. Sonia, Bustos Z. Nelly, Moreno H. Ximena, Lera M. Lydia, Cortez F. Silvana. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. Universidad Federico Santa María. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista chilena de nutrición* v.33 n.2 Santiago ago. 2006.
12. Kain B. Juliana, Olivares C. Sonia, Castillo A. Marcela, Vio D. Fernando. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares. *Revista chilena de pediatría* v.72 n.4 Santiago jul. 2001.
13. Bracho M. Fernando, Ramos H. Eliana. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición



por exceso?. Hospital "Augusto Essmann Burgos", Puerto Natales – Chile.
Revista chilena de pediatría. vol.78 no.1 Santiago Feb. 2007.

14. Escalante, Hernán Pedro. Nutricionista, especialista en obesidad. La obesidad infantil - Problema moderno. Revista Cosas – 2009. **Ver en:**
<http://www.cosasperu.com/cosas420/p4.aspx>
15. Behrman E. Richard, Md; Kliegman M. Robert, Md; Jenson B. Hal, Md.
Nelson Tratado de Pediatría. 17ª edición. España - 2004.
16. Dra. Barslund, Silvia Andrea; Achor, María Soledad; Benítez Cima, Néstor Adrián; Brac, Evangelina Soledad. Obesidad infantil. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. N° 168 – Abril 2007. **Ver en:**
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.pdf
17. Dr. Azula, Luis Alfredo; Pérez, Elisa Cecilia; Sandoval, María Jesús; Schneider, Silvia Elizabeth. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. N° 179 – Marzo 2008. **Ver en:**
Http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5_179.pdf
18. Dossier Revista Electrónica. Artículo escrito por redacción. abril 16, 2009.
Ver en: <Http://www.revistadossier.com/?p=364>
19. Artículo 001999. Problemas de peso y los niños. Texas Heart Institute. At St. Luke´s Episcopal Hospital. Julio 2009. **Ver en :**
http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/children_risk_factors_span.cfm



20. Parodi, Giovanni. *Lingüística e interdisciplinaridad: Desafíos del nuevo milenio*. Ediciones Universitarias de Valparaíso de la Universidad Católica de Valparaíso, 2002, pp. 41-66. **Ver en:**
<http://www.discursos.org/oldarticles/Tipos%20de%20conocimiento%20en%20el%20procesamiento%20del%20discurso.pdf>
21. Priva, Galo. *Gestión del Conocimiento*. Julio 9, 2008. **Ver en:**
<http://galopriva.wordpress.com/2008/07/09/diferentes-tipos-de-conocimiento/>
22. Mormonto y Laurel, Wilfredo. *Elaboración del protocolo de investigación*. 1ra Edición – Lima, Perú 1993.
23. Chávez Pacheco, Jorge Julio. *Escala de Calificaciones - Evaluación curricular*. Estudiante del: 7°. Ciclo de la Escuela profesional de Historia Y Geografía - "San Luís Gonzaga" de Ica. 5°. Ciclo de la Escuela profesional de Derecho - "San Juan Bautista"
24. Sánchez, Sebastián y Mesa, María Carmen. *Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación*. Extraído de: ALLPORT, G.W. (1935) *Attitudes*, en MURCHISON (ed.), *Handbook of social psychology*, Worcester, Clark University Press. **Ver en:**
<http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>
25. González, Pilar. *La Educación de la Creatividad - Las actitudes y sus cambios*. Marzo, 2006. **Ver en:**
http://www.biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06.htm#4.2
26. LIC. Quirós Leiva, Dennis. *Técnica de investigación cuantitativa*. Escala de actitudes tipo likert. Universidad Mayor de San Marcos. Agosto 2006.



ANEXOS

ANEXO N° 01: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE OBESIDAD INFANTIL

Centro Educativo: Estatal ____ Privado ____

Edad del Niño (a): _____

Sexo del Niño (a): _____

Grado de Instrucción de la Madre: Primaria() Secundaria() Superior()

Cuantos hijos tiene? _____

Cree Ud. Que alguno padece de obesidad? Si ____ No ____

Cree Ud. Que su hijo (encuestado) padece de obesidad? Si ____ No ____

1. Considera Ud. Que la obesidad en niños es:

- a. Signo de buena salud b. Una enfermedad c. No tiene importancia en niños menores de 5 años d. Solo es problema estético

2.Cuál de los siguientes enunciados forma parte de mala nutrición?

- a. Obesidad b. Desnutrición c. Sobrepeso d. Todas

3.Cuál cree que es la causa más importante de obesidad?

- a. Hábitos alimentarios b. Sedentarismo c. Genético
d. Enfermedades endocrinas o metabólicas e. Problemas emocionales

4. La obesidad no produce:

- a. Diabetes mellitus b. Hipertensión arterial c. Problemas respiratorios d. Neumonía e. No se

5. La obesidad es producida por el consumo de:

- a. Frutas b. Carnes c. Harinas d. Verduras e. No se



6. Cuál de las siguientes medidas evita la obesidad?

- a. Aumentar la porción de comida b. Practicar ejercicios c. Utilizar las golosinas como premio d. Sedentarismo e. No se

7. Un niño obeso no debería sufrir de:

- a. Baja autoestima b. Depresión c. Alucinaciones d. Ansiedad e. No se

8. El tratamiento de la obesidad infantil se basa principalmente en:

- a. Disminución del aporte calórico b. Darle vitaminas c. Llevar al niño al gimnasio d. Darle medicamentos dietéticos e. No se

9. Las personas propensas a sufrir de obesidad son:

- a. Niños b. Adultos c. Adolescentes d. Todos

10. En la obesidad se produce un incremento principalmente de:

- a. Huesos b. Músculo c. Grasa d. piel

N°		Siempre	Con frecuencia	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1	¿Considera Ud. Que la obesidad provoca inseguridad y baja autoestima en el niño(a)?					
2	¿Lleva a su hijo(a) a participar en actividades deportivas, en el colegio o fuera del colegio?					
3	¿Le proporciona a su hijo(a) dulces y golosinas?					



4	¿Le permite a su hijo(a) ver la televisión más de 3 horas al día?					
5	¿Estimula a su hijo(a) a comer fruta?					
6	¿Estimula a su hijo(a) a comer verdura?					
7	¿Con qué frecuencia prepara alimentos ricos en harinas (fideos, pan, papa, arroz) para su hijo(a)?					
8	¿Con que frecuencia le permite a su hijo(a) consumir comida rápida tipo sándwich, salchipapa?					
9	¿Controla el tamaño de las porciones en la alimentación de su hijo(a)?					
10	¿Se informa del valor nutritivo de los alimentos que consume su hijo(a)?					

PESO DEL NIÑO(A):

TALLA DEL NIÑO(A):



ANEXO N° 02: VALIDACIÓN A JUICIO DE EXPERTOS

El instrumento de recolección de datos para realizar el trabajo de investigación titulado **“Conocimientos y actitudes en madres de niños que cursan nivel inicial en el distrito de Pocollay - 2009”**, fue validado a Juicio de Expertos, el cual fue conformado por 03 Médicos:

- Dr. Arias Santana, Víctor
- Méd. Rivarola Hidalgo, Marco
- Méd. Caballero Cáceres, César

Quienes respaldan y pueden dar fe de dicha validación:

Tacna, Diciembre del 2009



**ANEXO N° 03: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA
SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE LA MADRE, EN EL DISTRITO DE
POCOLLAY - 2009.**

		n	%
Número de hijos	1	102	27.42%
	2	161	43.28%
	3	65	17.47%
	4	35	9.41%
	5	7	1.88%
	6	1	0.27%
	7	1	0.27%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



ANEXO N° 04: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CENTRO EDUCATIVO, PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) DE LOS NIÑOS EXAMINADOS EN EL DISTRITO DE POCOLLAY - 2009.

		Centro Educativo	
		Estatal	Privado
Peso	Media	21	21
	Máximo	35	31
	Mínimo	14	13
	Error típico de la media	0	0
Talla	Media	110	110
	Máximo	127	124
	Mínimo	91	88
	Error típico de la media	0	1
Índice de Masa Corporal	Media	17.1	17.3
	Máximo	26.4	28.0
	Mínimo	13.6	14.7
	Error típico de la media	0.1	0.3

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



**ANEXO N° 05: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE
CONOCIMIENTOS SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN MADRES DE
NIÑOS QUE CURSAN NIVEL INICIAL EN EL DISTRITO DE
POCOLLAY - 2009.**

	n	%	
Considera Ud. Que la obesidad en niños es:	Signo de buena salud	18	4.84%
	Una enfermedad	272	73.12%
	No tiene importancia en niños menores de 5 años	62	16.67%
	Solo es problema estético	20	5.38%
	Total	372	100.00%
Cuál de los siguientes enunciados forma parte de mala nutrición?	Obesidad	37	9.95%
	Desnutrición	127	34.14%
	Sobrepeso	35	9.41%
	Todas	173	46.51%
	Total	372	100.00%
Cuál cree que es la causa más importante de obesidad?	Hábitos alimentarios	266	71.51%
	Sedentarismo	25	6.72%
	Genético	18	4.84%
	Enfermedades endocrinas o metabólicas	27	7.26%
	Problemas emocionales	36	9.68%
	Total	372	100.00%
La obesidad no produce:	Diabetes mellitus	15	4.03%
	Hipertensión arterial	17	4.57%
	Problemas respiratorios	36	9.68%
	Neumonía	153	41.13%
	No se	151	40.59%
	Total	372	100.00%
La obesidad es producida por el consumo de:	Frutas	2	0.54%
	Carnes	17	4.57%
	Harinas	333	89.52%
	Verduras	1	0.27%
	No se	19	5.11%
	Total	372	100.00%
Cuál de las siguientes medidas evita la obesidad?	Aumentar la porción de comida	8	2.15%
	Practicar ejercicios	338	90.86%
	Utilizar las golosinas como premio	5	1.34%
	Sedentarismo	3	0.81%



	No se	18	4.84%
	Total	372	100.00%
Un niño obeso no debería sufrir de:	Baja autoestima	142	38.17%
	Depresión	30	8.06%
	Alucinaciones	70	18.82%
	Ansiedad	38	10.22%
	No se	92	24.73%
	Total	372	100.00%
El tratamiento de la obesidad infantil se basa principalmente en	Disminución del aporte calórico	192	51.61%
	Darle vitaminas	40	10.75%
	Llevar al niño al gimnasio	27	7.26%
	Darle medicamentos dietéticos	25	6.72%
	No se	88	23.66%
	Total	372	100.00%
Las personas propensas a sufrir de obesidad son:	Niños	20	5.38%
	Adultos	56	15.05%
	Adolescente	12	3.23%
	Todos	284	76.34%
	Total	372	100.00%
En la obesidad se produce un incremento principalmente de:	Huesos	4	1.08%
	Músculo	4	1.08%
	Grasa	358	96.24%
	piel	6	1.61%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



ANEXO N° 06: RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE ACTITUDES FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS QUE CURSAN NIVEL INICIAL EN EL DISTRITO DE POCOLLAY 2009.

		n	%
¿Considera Ud. Que la obesidad provoca inseguridad y baja autoestima en el niño(a)?	Nunca	23	6.18%
	Rara vez	34	9.14%
	Algunas Veces	106	28.49%
	Con frecuencia	86	23.12%
	Siempre	123	33.06%
	Total	372	100.00%
¿Su hijo(a) participa en actividades deportivas, en el colegio o fuera del colegio?	Nunca	9	2.42%
	Rara vez	25	6.72%
	Algunas Veces	149	40.05%
	Con frecuencia	87	23.39%
	Siempre	102	27.42%
	Total	372	100.00%
¿Con qué frecuencia, su hijo(a) suele consumir dulces y golosinas?	Siempre	16	4.30%
	Con frecuencia	30	8.06%
	Algunas veces	226	60.75%
	Rara vez	99	26.61%
	Nunca	1	0.27%
	Total	372	100.00%
¿Con qué frecuencia suele ver su hijo(a) la televisión más de 3 horas al día?	Siempre	52	13.98%
	Con frecuencia	82	22.04%
	Algunas veces	128	34.41%
	Rara vez	90	24.19%
	Nunca	20	5.38%
	Total	372	100.00%
¿Estimula a su hijo(a) a comer fruta?	Nunca	0	0.00%
	Rara vez	11	2.96%
	Algunas Veces	56	15.05%
	Con frecuencia	97	26.08%
	Siempre	208	55.91%
	Total	372	100.00%



¿Estimula a su hijo(a) a comer verdura?	Nunca	1	0.27%
	Rara vez	16	4.30%
	Algunas Veces	76	20.43%
	Con frecuencia	89	23.92%
	Siempre	190	51.08%
	Total	372	100.00%
¿Con qué frecuencia su hijo(a) suele comer alimentos ricos en harinas (fideos, pan, papa, arroz)?	Siempre	93	25.00%
	Con frecuencia	147	39.52%
	Algunas veces	123	33.06%
	Rara vez	9	2.42%
	Nunca	0	0.00%
	Total	372	100.00%
¿Con que frecuencia su hijo(a) consume comida rápida tipo sándwich, salchipapa?	Siempre	4	1.08%
	Con frecuencia	16	4.30%
	Algunas veces	103	27.69%
	Rara vez	232	62.37%
	Nunca	17	4.57%
	Total	372	100.00%
¿Considera importante controlar el tamaño de las porciones en la alimentación de su hijo(a)?	Nunca	27	7.26%
	Rara vez	17	4.57%
	Algunas Veces	106	28.49%
	Con frecuencia	81	21.77%
	Siempre	141	37.90%
	Total	372	100.00%
¿Se informa del valor nutritivo de los alimentos que consume su hijo(a)?	Nunca	68	18.28%
	Rara vez	56	15.05%
	Algunas Veces	91	24.46%
	Con frecuencia	59	15.86%
	Siempre	98	26.34%
	Total	372	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos