



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN FÍSICA

**“Creencias y actitudes de los padres y / o tutores con relación al
estado de sobrepeso y obesidad de su hijo.”**

TRABAJO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
EDUCACIÓN Y AL TITULO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

TESISTAS

Nelson Matías Cáceres García
Valentín Alberto Mercado Hernández
Adolfo Antonio Morales Silva
Roberto Alejandro Palma Zapata
Fabián Prünster Homberger

PROFESOR GUIA

JUAN HURTADO ALMONACID

VIÑA DEL MAR, 2018



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN FÍSICA

**“Creencias y actitudes de los padres y / o tutores con relación al
estado de sobrepeso y obesidad de su hijo.”**

TRABAJO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
EDUCACIÓN Y AL TITULO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

TESISTAS

Nelson Matías Cáceres García
Valentín Alberto Mercado Hernández
Adolfo Antonio Morales Silva
Roberto Alejandro Palma Zapata
Fabián Prünster Homberger

PROFESOR GUIA

JUAN HURTADO ALMONACID

VIÑA DEL MAR, 2018

AGRADECIMIENTOS

Dar agradecimientos en esta instancia por el acompañamiento y el apoyo en este largo proceso a la Dra. Jacqueline Páez Herrera quien es nuestra profesora guía durante este camino, así como también agradecer al Profesor Juan Hurtado Almonacid por todo el acompañamiento y consejos a lo largo de esta investigación.

Agradecer también a nuestra Escuela de Educación Física y a los profesores que con dedicación nos transmitieron los conocimientos y las competencias que hoy nos forjan como los docentes que somos. Dándonos la oportunidad de ejercer nuestra profesión en variados tipos de contextos y especialidades.

No podemos dejar pasar esta oportunidad para agradecerle a los colegios participantes por permitirnos desarrollar nuestra investigación y darnos las facilidades para aplicar cada etapa de este proyecto. Gracias a esto obtuvimos los datos principales para la ejecución de nuestra tesis.

DEDICATORIAS

Le dedico el presente trabajo en primer lugar a mi familia que ha sido un pilar fundamental durante toda mi vida, que me han apoyado en todas las decisiones que he tomado y que son los principales encargados en hacerme la persona que hoy soy.

Dedicárselo a mis padres Nelson Cáceres Cañete y Eliana García Martínez, que desde el primer día que decidí optar por la pedagogía han sido un apoyo fundamental y que me han enseñado muchos valores y saberes que han ayudado para mi formación y en la vida.

Dedicárselo a mi familia de Curicó, a todos mis tíos, primos y abuelos, que siempre han estado ahí para lo que necesite y son parte importante de mi vida. Agradecer a mi hermano Álvaro Cáceres que siempre ha apoyado lo que estoy haciendo y me ha ayudado en todo lo que es el deporte y la práctica, como también un agente importante en mi crecimiento como persona y el compañero de mi vida.

Dedicárselo a la empresa BITUMIX, que me ha ayudado a financiar todos estos años de carrera y agradecer a mi grupo de amigos de Concón que siempre me han motivado que siga con esto y han sido una gran compañía todo este tiempo.

Y por último agradecer a la PUCV por todo lo que me han enseñado, a los profesores que han enseñado valores como también apreciar la pedagogía, que no solo existe el rendimiento y que siempre debe estar lo lúdico antes que lo físico, pero principalmente disfrutar lo que es ser profesor.

Nelson Cáceres

Este trabajo es dedicado en primer lugar a mis padres Alberto Mercado y Paulina Hernández quienes me apoyaron y motivaron a seguir mi sueño y venir a estudiar a esta universidad, quienes siempre han velado por que nunca me falte nada y que con su cariño incondicional me han acompañado en los buenos y malos momentos durante este proceso.

También a mi hermano Felipe que a pesar de la distancia siempre ha estado presente, a mi sobrina Matilda por motivarme a ser mejor persona y a seguir jugando como un niño. A mis abuelos paternos y maternos por entregarme cariño y apoyo cada vez que me recibían en su casa en cada visita a Coquimbo.

A mi profesora de educación física del colegio por motivarme a estudiar esta carrera y por sus consejos durante este proceso universitario. Dedicarlo también a mis profesores universitarios quienes me entregaron conocimientos y herramientas para la vida profesional, en especial a la profesora Jaqueline Páez y el profesor Juan Hurtado por su ayuda y apoyo en el proceso de tesis y práctica.

Por último, a mis amigos de Coquimbo y a los que conocí en esta carrera con los cuales hemos pasado momentos inolvidables y me ayudaron a la adaptación en una nueva ciudad con su amistad, la cual se agradece infinitamente.

A todos muchas gracias por ser parte de esta etapa de mi vida.

Valentín Mercado

Dedicarle este trabajo en primera instancia a mis padres por el gran apoyo y confianza que me han brindado a lo largo de este proceso y durante toda mi carrera, por entregarme valores y actitudes que me han aportado a mi formación y por el apoyo constante en las decisiones que he tomado.

También a mis hermanos por el apoyo incondicional y por demostrarme que con esfuerzo se es capaz de lograr las metas que uno se propone.

Además, dedicárselo a mis profesores los que me han formado a lo largo de mi etapa escolar y que han sido una de las motivaciones del camino que he decidido seguir y los grandes profesores que encontré en la Escuela de Educación Física PUCV los cuales me han transmitido todas las competencias para formarme como docente, una especial mención a profesor Juan Hurtado y a la profesora Jacqueline Páez por su guía y apoyo.

Dedicárselo a los amigos que encontré en esta carrera con quienes he vivido innumerables y grandes momentos, a mis amigos de la vida quienes me han apoyado en cada decisión, a la gente que se ha cruzado en este camino de formación docente y a la vecindad.

A todos gracias totales.

Adolfo Morales

Quiero comenzar agradeciendo en primer lugar a mi familia, a mi madre Claudia Zapata principalmente, por siempre apoyarme, creer y confiar en mí y mis capacidades, manteniendo de una u otra manera la fe de que podía alcanzar esta meta, a mi hermana Francisca Palma, por mostrarme en primer lugar la manera adecuada de conseguir poco a poco los objetivos que cada persona puede tener, y a mi padre Rigoberto Palma, por querer mostrar a su manera el camino que debiese seguir.

Agradecer también a todos mis amigos y hermanos de bioquímica, los basiles, y a mi segunda familia de reales brillantes de Valparaíso, que a pesar de los errores, fallas, fracasos o problemas que pude haber tenido o enfrentado, siempre supieron estar ahí para levantarme el ánimo, darme fuerzas y otras veces acompañar con algo tan sencillo como una risa, un abrazo o una caminata en silencio. A la familia Segovia González en especial por el apoyo en este último semestre, y el cariño que siempre me han entregado. A mi amigo Felipe Veliz, por enseñarme camino de esfuerzo y dedicación diferente, un estilo de vida que pocos tienen y con el cual aprendí a enmendar y esforzarme aún más por alcanzar cada meta a lo largo de la vida.

Y en general agradecer a todas las personas que creyeron en mí y me apoyaron de alguna forma, además de los que hasta ahora han confiado en mi trabajo, y que creen que puedo ser un gran profesional.

No puedo dejar pasar la oportunidad de agradecer a mi casa de estudios, en la cual he aprendido, experimentado y crecido de muchas maneras, siguiendo el camino y ejemplo de algunos profesores, compañeros, y personas que conforman esta comunidad. Agradecer al Profesor Juan hurtado y a la profesora Jacqueline Páez, por la oportunidad de trabajar junto a ustedes, y de guiar y apoyar el este último gran desafío dentro de la escuela de educación física.

Muchísimas gracias a todos y por todo, siempre agradecido de cruzar caminos formar parte en la alguna medida de cada etapa en mi vida, y ojalá mantenerlos en los éxitos futuros.

¡Gracias!

Roberto Palma

A mis padres

Quienes me enseñaron sobre amor y apoyo incondicional. Además de sacrificio y esfuerzo para lograr mis metas. Los mejores guías para este tour llamado vida.

A mi tío Hugo Malvino

Quien me motivó a tomar la decisión de formar parte del "Físico", subiéndole el volumen a este llamado interno llamado vocación. Gracias por la fe depositada en mí, por fin podré llamarte colega.

A mis compañeros de selección y entrenadores de Taekwondo, Natación y Balonmano. Quienes me acogieron y enseñaron sobre sus disciplinas junto a valores como constancia, auto superación y entrega por el equipo, en definitiva, a "Mojar la camiseta".

A todos los profesores y profesoras mentores que me enseñaron y aconsejaron sobre pedagogía en los diferentes procesos de práctica inicial, intermedia y profesional. Y la oportunidad de ser ayudante durante la Universidad.

A mis amigos

Que me acompañaron durante el proceso universitario y mis reiteradas lesiones.

Y, por último, a mi familia y polola.

Que fueron el pilar más importante de mi construcción como profesional y me brindaron los mejores momentos y energía positiva para salir adelante.

Fabián Prünster

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	X-XII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN	1-3

CAPÍTULO I:

MARCO TEÓRICO.....	4-20
• 1.1 SALUD INFANTIL	5-6
• 1.2 ESTADO NUTRICIONAL	7-8
• 1.3 HABITOS DE VIDA SALUDABLE	9-11
• 1.4 ALIMENTACIÓN.....	11-13
• 1.5 MODELO ECOLÓGICO	13-15
• 1.6 CUIDADO DE LOS PADRES	16-20

CAPÍTULO II:

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	21-31
• 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	22-23
• 2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	24
• 2.3 OBJETIVO GENERAL.....	24
2.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
• 3.1 METODOLOGÍA	24-25
3.1.1 METODO DE INVESTIGACIÓN.....	25

- **3.2 TIPO DE ESTUDIO 25**
- **3.3 DISEÑO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN..... 25-26**
- **3.4 POBLACIÓN..... 26**
- **3.5 MUESTRA 26-27**
- **3.6 INSTRUMENTOS 27**
 - 3.6.1 MEDICIÓN IMC.....27-28**
 - 3.6.2 CUESTIONARIO APLICADO A LOS PADRES 28-29**
- **3.7 PROCEDIMIENTO29**
- **3.8 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN..... 30**
- **3.9 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO 30**
- **3.10 TECNICA DE RECOGIDA DE DATOS 30**
- **3.11 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO 31**

CAPÍTULO III:

RESULTADOS 32-61

- **3. RESULTADOS 33**
- **3.1 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS 33**
- **3.2 INFORMACIÓN DE LOS PADRES 34-35**
- **3.3 ÁMBITO RESPONSABILIDAD PERCIBIDA 36**
- **3.4 PERCEPCIÓN DEL PESO DE PADRE E HIJO..... 36-42**
- **3.5 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES SOBRE
PESO DEL NIÑO.....43-45**
- **3.6 ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES CON
RESPECTO AL USO DE ESTRATEGIAS DE
CONTROL DE LA ALIMENTACIÓN..... 46-48**
- **3.7 GRAFICOS SEGÚN CATEGORIAS 49-61**
 - 3.7.1 INFORMACIÓN DE LOS PADRES..... 49-52**
 - 3.7.2 IMC DE PADRES Y NIÑOS 53-55**
 - 3.7.3 PERCEPCIÓN DEL PADRE SOBRE EL PESO DEL HIJO.....56-59**
 - 3.7.4 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL
PESO DEL NIÑO..... 59-61**

CAPITULO IV:**DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 62-72**

- **4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 63**
- **4.1 RESPONSABILIDAD PERCIBIDA 63-65**
- **4.2 PERCEPCIÓN DEL PESO DEL PADRE O PERSONA
QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO Y EL DE SU HIJO/A..... 65-66**
- **4.3 PREOCUACIÓN DE LOS PADRES
ACERCA DEL PESO DEL NIÑO 66-67**
- **4.4 MONITOREO67-69**
- **4.5 RESTRICCIÓN 69-70**
- **4.6 PRESIÓN PARA COMER 70-72**

CAPITULO V:**CONCLUSIONES..... 73-77**

- **5.1 CONCLUSIONES 74-76**
- **5.2 PROYECCIONES 76-77**

CAPITULO VI:**BIBLIOGRAFIA 78-89****CAPITULO VII:****ANEXOS.....90-125**

ÍNDICE DE TABLAS

• TABLA 1	26
• TABLA 2	27
• TABLA 3	34
• TABLA 4	34
• TABLA 5	35
• TABLA 6	36
• TABLA 7	37
• TABLA 8	37
• TABLA 9	38
• TABLA 10	38
• TABLA 11	39
• TABLA 12	40
• TABLA 13	40
• TABLA 14	41
• TABLA 15	41
• TABLA 16	42
• TABLA 17	43
• TABLA 18	44
• TABLA 19	44
• TABLA 20	45
• TABLA 21	46
• TABLA 22	47
• TABLA 23	48

ÍNDICE DE FIGURAS

• FIGURA 1.....	17
• FIGURA 2.....	18
• FIGURA 3.....	33
• FIGURA 4.....	49
• FIGURA 5.....	50
• FIGURA 6.....	51
• FIGURA 7.....	52
• FIGURA 8.....	53
• FIGURA 9.....	54
• FIGURA 10	54
• FIGURA 11	55
• FIGURA 12	56
• FIGURA 13	57
• FIGURA 14	58
• FIGURA 15	58
• FIGURA 16	59
• FIGURA 17	60
• FIGURA 18	61

RESUMEN

“Creencias, actitudes y prácticas de los padres y / o tutores con relación al estado de sobrepeso y obesidad de su hijo.”

Las cifras de sobrepeso y obesidad en la primera infancia y adolescencia son alarmantes a nivel mundial. La realidad chilena no es ajena a esta problemática por lo que se hace necesario replantear las estrategias para comprender y resolver esta problemática. Analizar y comprender el ambiente en el cual se desarrolla el niño es fundamental para levantar información respecto a posibles factores que puedan fomentar un ambiente obesogénico. Desde este punto de vista el rol de padres, madres o tutores es fundamental como principales actores en la alimentación de los niños. Es aquí donde nuestra investigación se plantea como objetivo determinar las creencias, actitudes de los padres y/o tutores de niños de primero a cuarto básico de dos colegios municipales de la comuna de Quillota. Para esto se implementaron mediciones de IMC en 84 niños y niñas de primero a cuarto básico y la aplicación del cuestionario de actitudes, creencias y prácticas hacia la alimentación (CFQ) a 84 padres, madres y/o tutores. Los resultados más significativos hacen referencia a percepción errónea de los padres hacia el verdadero estado nutricional de sus hijos con sobrepeso u obesidad y la incongruencia de las actitudes de estos frente a las prácticas alimentarias que ejercen sobre los niños.

Palabras Claves: Ambiente obesogénico, Alimentación saludable, Creencias, Actitudes, Estado nutricional, Obesidad y sobrepeso infantil.

ABSTRACT

"Beliefs, attitudes and practices of parents and/or guardians regarding the status of overweight and obesity in their children"

The percentages in overweight and obesity in early childhood and adolescence are worldwide alarming. The Chilean reality is not unconnected or external to this problem. Therefore, it is necessary to rethink the strategies in order to understand and solve this problem. The analysis and the understanding of the environment in which the child develops is fundamental to gather the information regarding possible factors that may promote an obesogenic environment. From this point of view, the role of parents, mothers or guardians is crucial as the main actors in the feeding of children. It is here where the research aims to determine the beliefs, attitudes of parents and/or guardians of children from first to fourth grade of two public schools of the commune of Quillota. For this, BMI measurements were implemented in 84 children from first to fourth grade and the application of the questionnaire of attitudes, beliefs and practices towards feeding (CFQ) to 84 parents, mothers and/or tutors. The most significant results refer to the parents' misperception of the true nutritional status of their overweight or obese children and the incongruence of their attitudes towards the feeding practices they perform on children.

Keywords: Obesogenic environment, Healthy eating, Beliefs, Attitudes, Nutritional status, Obesity and childhood overweight.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, día a día se evidencian y exponen diversas problemáticas ligadas a la índole de la salud física de las personas, dentro de la más frecuentes nos encontramos con enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y obesidad entre otras, siendo estas dos últimas las más preocupante en la etapa infantil, causadas por los malos hábitos alimenticios, el consumo de altos índices de sal, grasas, azúcares, y la poca o nula actividad física es lo que repercute notablemente en el número de infantes afectados por el sobrepeso u obesidad llegando a 41 millones a nivel mundial durante el 2016 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, la cual resulta totalmente desalentadora y alarmante, debido a que Chile ocupa el 6° lugar de obesidad infantil a nivel mundial y el 1° en América Latina según el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Además, el Ministerio de Salud (MINSAL) en su encuesta nacional de salud 2016-2017 arroja datos alarmantes sobre la situación actual de los niños menores de 8 años, en donde el 33,8% presenta sobrepeso y un 43,2% obesidad.

Según, Domínguez-Vásquez, et, al. (2008), existen diferentes tipos de influencias sobre la conducta alimentaria, las cuales involucran el entorno social y familiar del niño, en esta última influyen significativamente las conductas y decisiones de los padres y/o tutores sobre su propia alimentación y la de sus hijos, pues conduce a estos a adquirir el mismo tipo de conductas, y que lamentablemente, ellos adoptan en su fase más sensible de la infancia, es por ello, y basándose en la teoría del aprendizaje, que se hace imprescindible establecer un medio ambiente adecuado para apoyar a los niños en el desarrollo de mejores hábitos alimenticios, que a su vez impulsarían un estilo de vida saludable dentro del núcleo familiar, inducido por el cambio de roles que los padres tienen con el medio ambiente.

Es por ello, y ante la imprescindible necesidad de analizar y descubrir las principales características o factores que influyen en el sobrepeso y obesidad, que el presente trabajo aborda las creencias que tienen los padres o tutores en relación con el estado de salud de sus hijos y/o pupilos, su estado nutricional, y las prácticas que ellos mismos realizan en su diario vivir, y que influyen directamente en el aprendizaje de los más pequeños, puesto que esto generaría un universo de variables conocidas que pueden ser consideradas y manejadas a favor de la salud de los más niños y niñas, tocando tangencialmente incluso temáticas tan

relevantes como la dieta de los diferentes núcleos familiares, y percepciones de salud de los mismos.

A continuación, se presenta la organización de la presente investigación, la cual se ha estructurado en siete capítulos, precedidos por los agradecimientos, dedicatorias, presentación del resumen e introducción.

En cuanto a los capítulos que componen este escrito, el primero de ellos presenta información esencial para la investigación, la cual se ha denominado, “Marco Teórico”, en donde se abordan las temáticas que fundamentan este estudio y que están vinculadas a las problemáticas de la investigación, tales como salud infantil, estado nutricional, hábitos de vida saludable y modelo ecológico.

Luego en el capítulo II, definido como “Diseño de la investigación” se darán a conocer el planteamiento del problema, sus objetivos generales, objetivos específicos y la justificación.

En el capítulo III definido como “Resultados”, como señala su nombre, se presentarán los principales resultados de la investigación, a su vez estos se presentarán mediante tablas y figuras explicativas.

En tanto en el capítulo IV, denominado “Discusión”, abordará un análisis crítico de los resultados obtenidos en la investigación en contraste con trabajos o investigación que hayan levantado información con respecto a las mismas variables.

En el capítulo V, se presentan las conclusiones que permiten dar respuesta a los objetivos específicos planteado, así mismo se darán a conocer las proyecciones de este trabajo de investigación.

Por otra parte, el capítulo VI, referente a la “Bibliografía” contiene los estudios e investigaciones que nos sirvieron de apoyo y de contraste de información.

Se concluye este trabajo presentando los anexos, el cual contiene cartas de autorización a establecimientos, consentimientos informados, planillas de resultados, los cuales respaldan los procesos llevados adelante por esta investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I.MARCO TEÓRICO

1.1 SALUD INFANTIL

Es preocupante el incremento en las cifras de sobrepeso y obesidad en menores de edad, son numerosas las generaciones que se ven afectadas y que posiblemente en el futuro serán adultos con alto riesgo de padecer otras enfermedades ligadas a la obesidad tales como hipertensión arterial, dislipidemias, insuficiencia cardiaca, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, problemas respiratorios, apnea del sueño, enfermedad vesicular, osteoartritis y diversos tipos de cáncer (Manzur et, al. 2009).

El estilo de vida actual que poseen los niños se caracteriza por pasar 8 horas sentados en la escuela, un alto índice de sedentarismo y altas horas de pantalla. Este último punto conlleva a un aumento en el riesgo de padecer algún grado de sobrepeso u obesidad tal como lo exponen Heilmamm, Rouxel, Fitzsimons, Kelly, Watt (2017) al indicar que el poseer televisores en las piezas de los niños está asociado a un alto índice de masa corporal (IMC) en niños de 7 años y un alto riesgo de sobrepeso en niños de 11 años.

A nivel mundial el panorama es preocupante debido a las desigualdades en salud infantil que afectan a los niños en sus primeras etapas de desarrollo, aumentando el índice de mortalidad infantil. Factores sociales, económicos, origen étnico, nivel educativo, zonas rurales y urbanas son algunos factores que predominan en esta desigualdad. “En comparación con los más ricos, los niños pobres tienen 1,9 más probabilidades de morir antes de los 5 años” (Unicef, 2016, p.11).

Así mismo, en la actualidad nos enfrentamos a un panorama mundial que ha puesto a diferentes países en alerta, ubicando las problemáticas nutricionales dentro de los pilares fundamentales en sus programas de estado, para así dar solución a esta realidad que abarca gran parte del presupuesto de salud en los países afectados. Educar en este ámbito no sólo favorece a reducir los gastos económicos y las muertes ligadas a esta problemática, sino que además permite otorgar un desarrollo integral en la infancia para no coartar las capacidades de los niños y de las posibilidades que estos tengan a futuro. Eliminar brechas sociales, educativas, económicas y sociales son fundamentales para lograr mejorar la calidad de vida de los niños, de su entorno familiar y social.

Según la OMS (2017), el sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Por otra parte, otras investigaciones proponen concepciones más holísticas respecto a la obesidad. Reilly y Wilson 2006; Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, (2000) la definen como “trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, por lo que el incremento de su prevalencia parece estar más bien relacionado a factores ambientales” (como es citado en Martínez, M. Rico, S. Rodríguez, F. Gil, G. Calderón, J. 2016). De este modo, queda en evidencia la alta influencia que tiene el contexto sobre el sobrepeso y obesidad que niños y niñas puedan presentar.

Para diferenciar sobrepeso y obesidad la OMS (2017) propone la aplicación de un indicador antropométrico, el IMC. Este indicador es el cociente entre peso (kg)/talla ²(m) y ha permitido establecer criterios de diferenciación, los que se muestran a continuación

- **0 a 5 años:** IMC +1 desviación estándar (DS) presentan riesgo de sobrepeso, IMC +2 DS se encuentran con sobrepeso y con un IMC +3 DS presentan obesidad
- **> 5 años:** IMC ≥ 25 (kg/m²) se establece como sobrepeso y un IMC ≥ 30 (kg/m²) como obesidad.

En suma, se hace relevante generar un cambio que permita mejorar la calidad de vida de las personas, involucrando a las familias en su contexto y en todas sus dimensiones, las cuales son importantes en la definición conceptual de calidad de vida de niños y niñas. Herdman y Baró (2000) comparten que la medición de dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud abarca el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal y el bienestar emocional. (como es citado en Soto, M., & Failde, I. 2004). Esto recalca la importancia del ambiente para el individuo, ya que el estar enfrentado a una malnutrición, no solo afecta su salud física, sino que también, su salud mental y las interacciones sociales de este. Aún más alarmante es esta realidad en los menores, ya que cuando su entorno padece de una mala calidad de vida, podría conllevar a adquirir rápidamente el mismo estilo de vida, las mismas conductas y hábitos que su entorno.

1.2 ESTADO NUTRICIONAL

El sobrepeso infantil es una temática que está causando gran alarma a nivel mundial debido a su rápido aumento. Según la OMS (2017) en el Global nutrition monitoring framework: Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025 “Al menos 40,6 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso u obesidad, la mayoría de ellos de países de bajos y medianos ingresos” (p.23). El estado nutricional, que en conjunto a la desnutrición son considerados por la OMS (2017) como enfermedades no transmisibles de una gran morbilidad, y por el Ministerio de Salud de Chile (2011) como enfermedades no transmisibles de carácter prevenible que deben someterse a planes y medidas que ayuden a reducir su prevalencia.

Con el afán de combatir el sobrepeso y frenar sus consecuencias, la OMS (2016) en el informe para erradicar la obesidad infantil conformada para abordar y desarrollar diversas estrategias en torno a esta problemática, indica que “ante el alarmante aumento de la obesidad infantil y la amenaza inminente que representa para la salud nutricional de niños y adultos, las siguientes recomendaciones:

1. Promover el consumo de alimentos saludables
2. Promover la actividad física
3. Atención pregestacional y prenatal
4. Dieta y la actividad física en la primera infancia
5. La salud, la nutrición y la actividad física para los niños en edad escolar
6. Control de peso” (p.7)

Dichas recomendaciones promueven el cumplimiento de los objetivos mundiales contra la malnutrición promulgados por la OMS (2017) en el Global nutrition monitoring framework: Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025, que pretenden no aumentar el 6% de sobrepeso mundial con miras al 2025. Sin embargo, la tendencia mundial muestra un aumento lento, pero constante en el exceso de peso, con mayor prevalencia en los grupos socioeconómicos más bajos.

La preocupación constante de la problemática de la malnutrición por exceso de peso en Chile y sus medidas de solución en la última década, van dirigidos a disminuir la preocupante cifra que nos dejó el Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible del año

2007, con 7.877 muertes al año en el país por causa del sobrepeso y obesidad; la cual corresponde al 9,1% del total, ubicándolo en el cuarto lugar de los factores de riesgo junto al consumo de tabaco. Esto conlleva a guardar un monitoreo sobre el exceso de peso en el país, con la finalidad de tener una noción de la situación en la que este se encuentra con el pasar de los años.

La segunda Encuesta Nacional de Salud (II ENS, 2010) reveló que un 25,1% de la población mayor de 15 años presenta obesidad, y un 39,3% sobrepeso. Este mismo estudio, indica que el Índice de Masa Corporal (IMC) promedio para la población chilena adulta, fue de 27,4 kg/m². y que este mismo parámetro está sobre lo normal, en todos los niveles educacionales, señalando sobrepeso. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 recoge los siguientes datos sobre el sobrepeso y la obesidad en los diferentes grupos etarios del país:

- < 8 años: Un 33,8% está con sobrepeso y un 43,2% con obesidad
- 8 - 12 años: 40,7% presenta sobrepeso y un 29,8% obesidad.
- > 12 años: 41,5% actualmente presenta sobrepeso y un 27% obesidad.

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), en su mapa nutricional 2017 muestra los primeros cambios positivos en el estado nutricional de más de 806 mil niños evaluados pertenecientes a los cursos de pre-kínder, kínder y primero básico, estos resultados demostraron un constante aumento de peso en los últimos 4 años. Así mismo, señala que “una significativa disminución de la obesidad en la primera infancia, indica que en comparación a la medición del año 2016 en pre-kínder la obesidad disminuyó en un 2,6%, en kínder un 2,8% y en primer año básico un 0,7%.” (JUNAEB, 2017)

El problema de malnutrición en escolares chilenos evidencia la necesidad de incorporar especialistas del área de la nutrición en establecimientos educacionales. Sin embargo, la OMS en Global Nutrition Policy Review 2016 nos presenta un valor demográfico de 67,8 profesionales de Nutrición por cada 100.000 habitantes en Chile, cifra que está lejos de satisfacer la demanda en comparación al número de colegios. Dichos números indicarían que el país debe colocar especial énfasis en la formación de capital humano especializado en el área, el cual contribuya a la prevención de este flagelo.

1.3 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Los hábitos, son actitudes y costumbres que van adoptando las personas a lo largo de su vida, estos se van modificando con el tiempo y son principalmente influenciados por el entorno social en el cual se encuentra la persona. Estas costumbres se van modificando principalmente en las primeras etapas, así mismo en edad adulta, están establecidos y es más difícil provocar un gran cambio. Con respecto a los hábitos alimentarios, se habla del qué, cómo, dónde y cuándo comen las personas hoy en día y cuáles son sus principales influencias en la alimentación. Según Macías et, al. (2012) “existen tres agentes de mayor influencia: la familia, los medios de comunicación y la escuela. En el caso de este último, los autores indican que el primer contacto con los hábitos alimentarios lo ejercen los integrantes del grupo familiar, estos poseen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación, cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes” (p.41).

De este modo los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitadas de las conductas observadas por personas adultas que respetan. Otros modos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, en donde estos últimos son expuestos repetidamente a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer enmarcado por encuentros entre padres e hijos.

La escuela también tiene un rol fundamental en los hábitos que adquieran los niños, ya que es la encargada de enseñar la importancia de llevar una vida saludable, los cuales están de manera explícita en los planes y programas de Educación Física, “Practicar actividades físicas en forma segura, demostrando la adquisición de hábitos de higiene, posturales y de vida saludable, como utilizar una ropa distinta para la clase, mantener una correcta postura, utilizar protectores solares e hidratarse con agua antes, durante y después de la clase” (MINEDUC, 2013, p.54), y que son de suma importancia para que los alumnos adopten estos hábitos y creen conciencia de la importancia de una vida saludable, ya que es en las etapas escolares es donde más se pueden modificar y crear nuevos hábitos que perdurarán por toda la vida.

Con respecto a lo que es el estilo de vida saludable, no existe un estilo determinado para todas las personas, este se va adaptando a las características físicas y sociales del sujeto, así mismo cada uno de los individuos va creando su propio estilo de vida saludable, a partir de la influencia que mayormente predomine en su vida.

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Por tanto, si bien el estilo de vida puede determinar la salud individual, es necesario abordar las condiciones sociales de vida que interactúan, para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. Por tanto, según establece la OMS (1998): “la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida” (p.27).

La OMS (2016) en su informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil, postula una serie de recomendaciones que buscan orientar a los gobiernos en la creación y aplicación de distintos programas, los cuales causan un impacto en las personas y promuevan una vida sana, con el principal objetivo de disminuir los altos índices de sobrepeso u obesidad que se han ido registrando año a año.

En el desarrollo de este informe se plantean seis principales recomendaciones destinadas a los gobiernos, como el promover el consumo de alimentos saludables, impulsando distintos programas de educación alimentaria y disminución del consumo de alimentos altos en azúcar, aumentando los impuestos a bebidas azucaradas y productos alimenticios no saludables. Otra recomendación importante es el fomentar la actividad física, aplicando diferentes programas y talleres dentro de las escuelas, facilitando los espacios dentro del colegio para que el alumno pueda realizar actividad física durante los recreos o tiempos libres. Como tercera recomendación se busca orientar a la familia durante la etapa pregestacional y prenatal, buscando reducir riesgo de obesidad en la niñez. Como cuarto punto se habla de la

alimentación y actividad física durante la primera infancia, fomentando que los niños aprendan sobre una buena alimentación, cantidad de horas de sueño que deben cumplir y la realización de ejercicio físico desde el jardín, velando porque los niños adoptan estos hábitos desde pequeños. Como quinta recomendación se habla de salud, nutrición y actividad física de los niños en edad escolar, promoviendo entornos saludables y libres de productos altos en azúcar, sal o grasas, prohibiendo la venta de estos productos poco saludables dentro de los establecimientos educacionales e incluyendo clases sobre salud y nutrición infantil. Finalmente, la sexta recomendación, plantea la importancia del control de peso, ofreciendo ayuda a niños y jóvenes con sobrepeso u obesidad, creando programas de actividad física y alimentación, monitoreados por distintos profesionales de la actividad física y salud.

1.4 ALIMENTACIÓN

Una alimentación correcta está directamente relacionada con los hábitos de vida saludable y una buena calidad de vida; teniendo como sustento una adecuada forma de alimentarse. Por tanto, alimentarse de manera poco saludable, trae como consecuencia la obesidad infantil y en definitiva el desarrollo de alguna ENT; situaciones que actualmente aquejan a la población nacional.

A partir de lo anterior, se debe aclarar qué es lo que se entiende como una buena alimentación o hábitos de alimentación saludable, a esto Guerrero, Campos y Luengo, (2005, p.2) la definen como:

“Hábito alimentario saludable la elección correcta de alimentos que contribuyen a tener un buen estado de salud, esto se consigue a través de las guías alimentarias para la población chilena.

1. Consuma diferentes tipos de alimentos en el día.
2. Aumentar el consumo de frutas y verduras legumbres.
3. Use de preferencia aceites vegetales y limite las grasas de origen animal.
4. Prefiera carnes como pescado, pavo y pollo.
5. Aumente el consumo de leche de bajo contenido graso.
6. Reduzca el consumo de sal.
7. Modere el consumo de azúcar.”

Quienes tienen un rol principal en la formación de estos hábitos, son los padres y/o tutores sobre su alimentación y la de sus hijos y/o pupilos, ya que, es fundamental para la salud de estos y sus futuros hábitos. A esto, Domínguez, Olivares, Santos, (2008) plantean que “La investigación en conducta alimentaria infantil ha encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación” (p.249)

Los padres y/o tutores constituyen el principal ejemplo en cuanto a la adquisición de las conductas en el hogar; a partir de lo anterior la alimentación constituye una variable relevante a la hora de la adquisición de un hábito de vida saludable, por tanto, es esencial que los padres y/o tutores reconozcan lo que debe ser una buena alimentación. Mencionado esto, se vuelve un factor importante la educación que puedan recibir padres y/o tutores en cuanto a la temática, de este modo la instrucción para la mejora de la salud debe estar enfocada en la adquisición de hábitos alimenticios y la comprensión de la ingesta alimenticia, ya sea efectuada de manera individual y de los individuos que componen el entorno social más próximo, es decir la familia y sus integrantes.

En este sentido la 36ª Asamblea Mundial de la Salud definió la educación para la salud como: “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar niveles de salud óptimos y busquen ayuda cuando lo necesiten”. (Marcías et. al 2012, p.41).

Es por esto por lo que la educación para la salud se vuelve primordial tanto en el núcleo familiar como en los establecimientos educacionales, lugar donde los niños consumen gran parte de su alimentación diaria. En este contexto, se hace indispensable contar con las herramientas necesarias para determinar los alimentos que son saludables y los que no lo son, sin duda esta situación permitiría avanzar en cuanto a la determinación de los hábitos de alimentación saludable.

Por tanto, tener claro lo que una persona debe consumir en su diario vivir considerando cantidades y tipos de alimentos ingeridos, además de la definición de parámetros de buena alimentación en la infancia y en la adultez constituyen un aspecto esencial para educar a la sociedad en este ámbito; lo cual cobra mayor relevancia considerando la problemática actual

en cuanto a la obesidad; no obstante a lo anterior la OMS, (2015) estando alerta ante esta situación, propone los siguientes puntos en cuanto a la ingesta de grasas, azúcares y sal:

- Las grasas no deben superar el 30% de la ingesta calórica total
- Restricción de la ingesta de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total, y en un 5% para mayores beneficios. ·
- Mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios.

El consumo excesivo de alimentos con altos índices calóricos, y la desinformación respecto a la información nutricional de estos han sido uno de los factores más determinantes en el aumento explosivo de la obesidad tanto Chile como en Latinoamérica, tesis que confirma (Aguilar et al. 2014, p.2) al señalar que:

“Un desequilibrio entre las calorías ingeridas y el gasto energético puede ser la causa fundamental de sobrepeso y obesidad. Algunos factores que la aumentan son, por un lado, la modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento del consumo de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros macronutrientes.”

En suma, se puede señalar que se hace indispensable, que primordialmente los adultos, posean la información necesaria con respecto a la ingesta calórica de los alimentos que consumen, estos antecedentes permitirán restringir o no la dieta de los individuos y en consecuencia determinar la situación del estado nutricional de sus hijos.

1.5 MODELO ECOLÓGICO

Como individuos nos vemos situados en un entorno que va más allá de la singularidad, Aristóteles (384 a.C - 322 a.C) sostuvo que el hombre es un ser social por naturaleza, característica con la que todos los humanos nacemos y desarrollamos en el transcurso de la vida, sometidos a diversas representaciones sociales. A esto Moscovici y Vignaux (1994) consideran que:

“No hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo (o del grupo), que, en el fondo, el sujeto y el objeto no son heterogéneos en su (...)”

comportamiento y sólo existe en función de los medios y los métodos que permiten conocerlo.” (p.26)

Tanto sujeto como objeto forman parte de un contexto en el que se establecen relaciones recíprocas, podemos evidenciarlo en la naturaleza y en nuestro diario vivir. Bronfenbrenner (1979) expande los enfoques naturalistas y experimentales en investigación para dar origen a una perspectiva científica en evolución a la que llamó “La ecología del desarrollo humano” la cual, según el autor se puede definir como:

“... el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos.” (p.40)

Dentro del mismo marco, el ambiente da lugar al proceso de desarrollo. En este contexto Bronfenbrenner le atribuye una serie de características dentro de las cuales se puede señalar que: “El ambiente ecológico se concibe, topológicamente como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Estas estructuras se denominan micro-, meso-, exo- y macro- sistemas” (Bronfenbrenner, 1979, p.41).

Así mismo indica que el ambiente está conformado por una serie de anillos concéntricos que interactúan entre sí, de este modo el microsistema, definido como el primer sistema de interacciones, constituye un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado (el más próximo), con características físicas y materiales particulares; en segundo lugar se puede encontrar el segundo sistema, cuyo nombre es el mesosistema: el cual comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que el sujeto participa activamente (por ejemplo, el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio). Posteriormente, y en un tercer nivel se encuentra el exosistema: el cual se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, no obstante a lo anterior, los hechos producidos en este nivel de igual manera afectan a la persona en desarrollo; finalmente como último nivel se encuentra el macrosistema, el cual se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura

o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. (Bronfenbrenner, 1979)

A partir de la descripción de los cuatro tipos de sistemas queda en evidencia que el aprendizaje, la adquisición de conductas y aspectos valóricos, guardan una estrecha relación con el entorno, ya que este brinda todos los escenarios en los que se levanta el conocimiento de la vida misma.

Con la finalidad de comprender de mejor manera, la interrelación de los sistemas en el modelo ecológico, Restrepo y Maya, (2005, p.135) plantean que, en el ámbito de la formación de hábitos alimentarios, el microsistema estaría constituido por las interacciones del niño con su medio ambiente, y en especial con el encargado de su cuidado, los padres o el tutor responsable, cobran particular importancia en los primeros años de vida. Las características de este vínculo afectivo pueden favorecer o afectar negativamente en la formación de gustos y rechazos. Por otro lado, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (2000, p. 32); plantea que es “en la etapa escolar, el mundo del niño se amplía, al igual que las oportunidades de comer fuera del ambiente familiar, y se expone a diferentes alimentos y diversas formas de prepararlos, con distintos horarios y lugares”; esta aseveración constituye lo que Bronfenbrenner llama mesosistema. En cuanto al exosistema, Restrepo y Maya, (2005, p.133), señalan que la presencia constante de un padre responsable, con un trabajo estable, facilita y mejora las condiciones de alimentación de la familia, debido a que la disponibilidad de ingresos permite la compra de alimentos más variada en cantidad y calidad (...) Cuando el trabajo es inestable o está mal remunerado, aunque el padre esté presente, la capacidad de compra o el acceso a los alimentos se ve limitada. Finalmente, Domínguez et al., (2008, p.1) indican que el macrosistema, está representado “al aceptar generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales”

A partir del ejemplo antes mencionado, queda en evidencia cómo la interacción de los sistemas, declarados por Bronfenbrenner, pueden influir directamente en la adquisición de los hábitos saludables; por tanto, una red de influencias bien articulada podría influir de forma positiva en la adquisición de las conductas saludables.

1.6 CUIDADO DE LOS PADRES

Los padres o tutores comparten factores genéticos y socioecológicos importantes, por lo que debiese esperarse que entre ellos existiese una estrecha relación o similitud en su estado nutricional, y quizás entre las ENT que dentro de su mismo contexto pueden desarrollar.

Según Klünder, Cruz, Medina y Flores, (2011) existen dos influencias ambientales a destacar, siendo la primera de estas el hecho de que los niños son blanco de publicidad de alimentos riesgosos para su salud, con la finalidad de que el consumo de estos productos y servicios se conviertan en un hábito, para posteriormente dar paso a un estilo de vida donde incluyan dichos productos, sumados a un estilo de vida cada vez más sedentario. Como segunda influencia importante, lo atribuyen al entorno social que les rodea, es decir, familiares, amigos vecinos, hermanos entre otros, los que ejercen una influencia directa en la salud de los individuos, ya sea de forma positiva o negativa.

De esta manera, dos personas que se perciben como amigos, siendo uno de ellos obeso mórbido, el riesgo de que el otro amigo se transforme en obeso es del 17%, mientras que la influencia entre hermano aborda cerca del 40%. Es por razones como estas que el entorno social, es reconocido como un factor que incide en ciertas enfermedades no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la obesidad.

Ante esto, Seyednasrollah et al. (2017) establece algunos factores para la predicción de la obesidad en la edad adulta, proponiendo que los factores genéticos y clínicos en edades tempranas son predictores de la obesidad en la adultez. En la misma línea, un alto IMC en edades tempranas también es predictor de obesidad en edades posteriores (Feinza, Wang, Frühbeck, Garruti, Portincasa, 2016). Por otra parte, Petkeviciene et al. (2015) no solo mantienen el factor de un alto IMC en edades tempranas, sino que agregan el grosor de los pliegues cutáneos como factor para el desarrollo de la obesidad en la edad adulta.

Ante lo expuesto anteriormente, la prevención y mejora del sobrepeso y obesidad en la niñez, se hace fundamental para prevenir estados nutricionales desventajosos en la etapa adulta.

Otro aspecto en la conducta de los niños es el hábito de práctica deportiva de los padres, el ejemplo que los niños puedan adquirir de sus padres es vital en edades tempranas ya que la imitación forma parte importante en la conducta durante su crecimiento. Moore et al. (1991)

demonstraron que los niños con dos padres activos tienen 5,8 veces más probabilidades de ser activos que los niños con dos padres inactivos. Del mismo modo Xu, C et al. (2018) en su investigación sobre el impacto de los padres sobre la actividad de sus hijos en preescolar, establecen que los padres que realizan actividad física moderada o vigorosa tienen un impacto positivo en la actividad física de sus hijos, sobre todo los fines de semana momento en el cual poseen más tiempo juntos. Su propio ejemplo influye positivamente, no solo en el aspecto de actividad física, sino que, en la crianza y desarrollo del niño. Es así como la familia adquiere un papel fundamental en los hábitos físicos deportivos que pueden adquirir sus hijos.

Otro aspecto relevante a la hora de adquirir conductas y adquisición de hábitos saludables en la niñez guarda relación con el nivel de estudio y el nivel socioeconómico de los padres, ambos factores socio personales, se pueden apreciar en la siguiente figura:

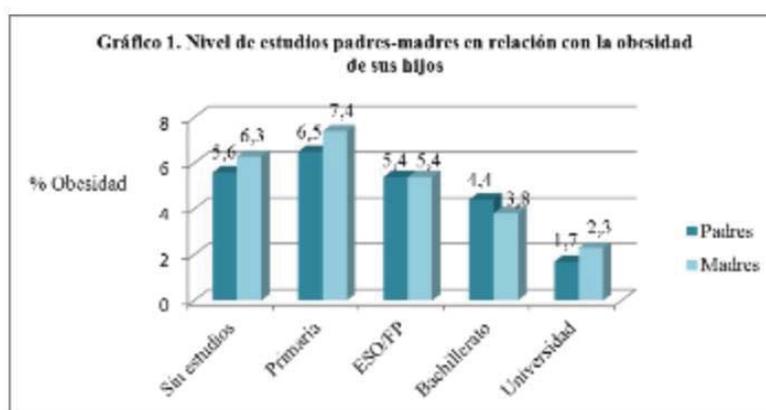


FIGURA 1. Nivel de estudios padres-madres en relación con la obesidad de sus hijos.

En la imagen anterior, se puede apreciar que los valores más elevados de niños con obesidad se encuentran en familias donde los padres y madres tienen solamente estudios primarios, o sin formación académica. Conforme aumenta la formación académica de padres y madres, disminuyen los porcentajes de obesidad de los hijos, siendo el valor más bajo en familias con padres universitarios.

Por otra parte, con respecto al nivel socio económico de las familias. Además, el mismo estudio demuestra que familias con poder adquisitivo medio-bajo son las que presentan los porcentajes más elevados de sobrepeso y obesidad por parte de sus hijos, mientras que los niveles más bajos se sitúan en familias con un nivel socioeconómico medio alto.

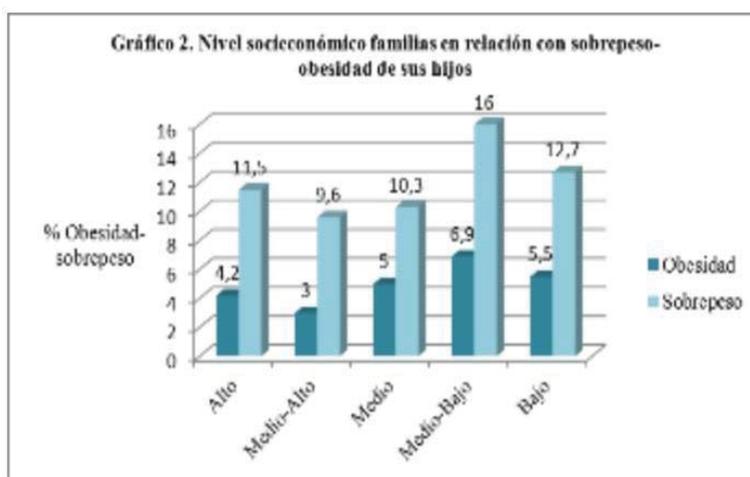


FIGURA 2. Nivel socioeconómico familias en relación con sobrepeso-obesidad de sus hijos.

En cuanto a la actividad física en la infancia, esta etapa actualmente se caracteriza por comportamientos sedentarios tales como ver televisión, usar videojuegos, entre otras; las cuales evitan o disminuyen la actividad física que estos pueden llegar a tener, y que se ven potenciados o reforzados fácilmente por inercia, ya que estos hábitos forman parte de la vida cotidiana de la familia, y por ende resulta más complicados de cambiar o modificar. En la mayoría de los países occidentales, la televisión es considerada como la mayor fuente de inactividad, y debido a eso la academia americana de pediatría (2001) ha recomendado que en la infancia- adolescencia, no se haga uso de más de 2 horas/día de televisión (p.93).

La influencia del IMC como parámetro predictor en la salud de los niños, ha sido estudiado en diversas investigaciones y se han revelado datos importantes, como lo demuestra Villagrán et al. (2010):

En familias con malos hábitos alimentarios, la relación existente entre la ingesta de grasas y el IMC de los padres con la obesidad de los hijos puede ser indicador de la influencia familiar en el estado nutricional del niño. Estas similitudes familiares en los hábitos alimentarios pueden explicar parcialmente modelos familiares y tendencias de obesidad que persisten en adultos en un 30-60% de los casos. De forma significativa destaca la influencia de la obesidad materna, correlacionándose positivamente con el mayor consumo de grasa de los hijos. (p.2)

En Chile, se pueden evidenciar conductas negativas de los padres sobre la alimentación de sus hijos, como es el caso de entregar dinero a sus hijos para comprar alimentos. Esto es

preocupante, ya que, si no se educa correctamente a los niños en el ámbito nutricional, estos no serán capaces de discernir sobre las consecuencias de ingerir un cierto tipo de alimentos que en definitiva pueden ser perjudiciales para la salud.

Vio et, al. (2012) revelan que en la enseñanza básica hay un 33% de los padres que les otorgan dinero a sus hijos, del mismo modo en otro estudio realizado en Santiago de Chile, demostró que en 4° a 7° básico de la educación básica, un 60% de los niños llevan dinero para comprar golosinas y bebidas en los quioscos de sus colegios. Situación preocupante, ya que aumentan las posibilidades de acceder a alimentos altos en calorías.

Según Domínguez et al (2008) los modos de alimentarse, las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, está fuertemente condicionado por el contexto familiar, en el que la etapa infantil juega un rol fundamental, debido a que es en esta etapa donde se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias, y la madre resulta ser la principal responsable en la transmisión al hijo de las pautas alimentarias. Es así como, los progenitores influyen en el contexto alimentario infantil, al ser autoritarios o permisivos en la elección de alimentos, cantidad, horarios e introducción de uno u otro alimento, que generalmente se basa en la disponibilidad de estos en el hogar, las tradiciones familiares, los medios de comunicación y la interacción durante la comida, que genera un estímulo condicionado, asociando ciertos alimentos con un evento específico por ejemplo (fiestas, castigos, estaciones etc.) lo que produce un efecto modulador sobre el comportamiento alimentario que puede desarrollar. Es así, y como consecuencia de un reforzamiento positivo, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando y reiterando éstas en el futuro. Las familias modernas, tienen una peculiar forma de funcionamiento en cuanto a la alimentación, pues muchas de las decisiones tomadas en esta área, son discutidas y negociadas frecuentemente con los niños quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. Al parecer esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores, y ligada al poco tiempo que estos están en casa.

Por otro lado Domínguez et al (2008), determinó que un alto porcentaje de padres “inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos”, y que además la conducta alimentaria infantil está ligada con las estrategias usadas por los padres para controlar lo que consume el niño, a lo

que estos responden utilizando diferentes mecanismo de adaptación y que se ven reflejados en su peso y adiposidad como parámetro principal. En ese sentido, y de manera más sintetizada, las estrategias que desarrollen los padres y la actitud que estos tomen frente a la alimentación de sus hijos, son interpretadas y traducidas por los niños, quienes adoptan una determinada conducta y los lleva a enfrentar su propia alimentación de una u otra forma, como resultado final de dicha interacción.

CAPITULO II

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El problema del sobrepeso y obesidad en Chile y el mundo es inminente, queda más que evidenciado por las cifras que manejan diferentes entidades globales y nacionales, como por ejemplo la OMS que declara que el número de infantes afectados por el sobrepeso u obesidad ha llegado a 41 millones a nivel mundial durante el 2016, mientras que el MINSAL (2016) en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud para el período 2016-2017 revela que en los menores de 8 años el 33,8% de estos presenta sobrepeso y el 43,2% se encuentra en estado de obesidad. Además, investigaciones como “Tendencias mundiales en índice de masa corporal, bajo peso, sobrepeso y obesidad desde 1975 hasta 2016: un análisis conjunto de 2416 estudios de medición basados en la población en 128·9 millones de niños, adolescentes y adultos” realizada por NCD Risk Factor Collaboration. (2017) nos indican que en América latina el índice de masa corporal de niños y adolescentes continúa aumentando y hay más variación en su tasa de aumento que en adultos. A esta problemática, se suma la aseveración de la OMS (2016), al postular que la obesidad infantil es un fuerte predictor de la obesidad adulta con consecuencias en la salud. De seguir persistiendo, son muchos los niños y niñas que se exponen a las diferentes consecuencias que arrastra el sobrepeso y obesidad, tales como enfermedades no transmisibles relacionadas con la mal nutrición, afectando según Inchley et al. (2016) la salud física de un niño, a través de enfermedades cardiovasculares, endocrinas o pulmonares, trastornos de la alimentación y psicosociales a través del desarrollo de una baja autoestima y depresión.

El origen del sobrepeso y obesidad surge a partir del ambiente obesogénico, el cual Swinburn et al. (1999) definieron como “La suma de influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de la vida tiene en promover la obesidad en individuos o poblaciones ” (p.564). En este sentido, se puede determinar que los estímulos del contexto influyen directamente en la adquisición de los hábitos, y en consecuencia en el estado nutricional de los individuos.

Por tanto, es necesario comprender que la práctica y consecuencias de un mal hábito de vida saludable, como la alimentación, parte desde el microsistema correspondiente al hogar, y a aquellos actores que lo componen, tales como tutores y/o padres del menor. En suma, es la familia, el primer microsistema donde niños y niñas pasan la mayoría del tiempo, por tanto, es aquí donde adquieren las conductas de sus tutores, los cuales ejercen gran influencia en el desarrollo y en los diferentes aspectos que integran a las estructuras cognitivas.

Desde la premisa, en la cual se identifica a los padres como los primeros educadores nutricionales para sus hijos, la investigación de las prácticas de alimentación de los padres se hace esencial (Warkentin et al. 2018). Por otra parte, Webber et al. (2010) develan información importante sobre las creencias, actitudes y prácticas que llevan a cabo los tutores respecto a una alimentación saludable, donde las consecuencias repercuten directamente sobre el niño(a) generando estados de nutrición alterados. Así mismo, dichos autores señalan que las elecciones de la alimentación por parte de las madres, depende en gran medida del peso de su hijo y no de las prácticas de alimentación.

Esta problemática se agrava más aún si la percepción que poseen sobre el estado nutricional de sus hijos e hijas infravalora la condición de sobrepeso y obesidad, identificándolos como normales, como se refleja en el estudio sobre la percepción del estado nutricional de niños preescolares que tienen las madres de Kuwaiti, el cual demuestra lo errónea que es la percepción sobre el estado de peso de los niños. En este estudio se evaluó a 401 madres correspondiente al 83,2%, de la muestra, aquí se demostró que las principalmente, percibieron erróneamente el estado de peso de sus hijos (Al-Qaoud N.M., Al-Shami E. & Prakash P. 2010).

Finalmente, el Ministerio de Salud de Chile (2011) en el documento “Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 - 2020”; propone como objetivo desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad de la población, y a la vez se establece como meta, reducir la obesidad infantil en un 10% bajando su prevalencia de 9,6% a 8,6%. Por tanto, queda en evidencia que esta problemática constituye una preocupación a nivel de política pública; no obstante, se hace indispensable involucrar a diferentes actores del microsistema, con la finalidad de que efectivamente las estrategias a diseñar puedan alcanzar los resultados esperados.

A la luz de los antecedentes antes presentados es que surgen las siguientes preguntas de investigación.

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las creencias y actitudes de los padres de los niños de primero a cuarto básico de dos establecimientos educacionales?

¿Existen diferencias entre las creencias, actitudes de los padres según IMC de sus hijos?

En la presente investigación, a partir de las preguntas antes señaladas se plantean los siguientes objetivos:

2.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar las creencias, actitudes de los padres y/o tutores de niños de primer a cuarto básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.

2.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar, según la caracterización de los padres y/o tutores, el IMC de los niños y niñas del primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.
- Determinar la responsabilidad, percepción y preocupación de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.
- Identificar la preocupación, el monitoreo, restricción y presión para alimentarse de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC, normopeso y obesidad, de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.

3. METODOLOGÍA

En este tercer apartado se presenta la metodología del estudio, dando a conocer las principales decisiones para dar respuestas a las preguntas de investigación y los objetivos de este estudio.

Se dará a conocer el tipo de estudio, diseño y enfoque, muestra, instrumentos y procedimientos, entre otros.

El apartado se levanta y define bajo las propuestas teóricas de Hernández, Fernández y Baptista (2010), en donde a partir de sus descripciones y clasificaciones se presenta este capítulo.

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

A partir de los procesos implementados para el levantamiento de la información, se sitúa bajo un paradigma cuantitativo. Que, según Hernández et al., (2010), posee las características de plantear un problema de estudio delimitado y concreto, la recolección de los datos se fundamenta en la medición con instrumentos o procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica que arrojan números (cantidades) y que se deben analizar a partir de métodos estadísticos, los cuales pretenden generalizar los resultados en un grupo o muestra a una colectividad o población, entre otros.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

La Investigación presenta un tipo de estudio descriptivo ya que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, a su vez sirven fundamentalmente para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad contexto o situación (Hernández, et al.2010).

3.3 DISEÑO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Presenta un diseño no experimental, ya que el objetivo de la investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Según Hernández, et al., (2010), en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación efectuada, las variables ocurren y no es posible manipularlas, además es

transeccional o transversal ya que se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es analizar las variables e interrelacionarlas en un momento dado.

3.4 POBLACIÓN

La población estudiada en esta investigación corresponde a padres y/o tutores de niños y niñas de primero a cuarto básico de un establecimiento municipal de la comuna de Quillota.

3.5 MUESTRA

Para este estudio se evaluó el IMC a niños y niñas de primero a cuarto básico con una cantidad de 84 sujetos de estudio, siendo 49 niñas y 35 niños, la edad promedio fue de 8 años.

Para luego aplicar un Instrumento de evaluación identificado como “Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación de su hijo” a 84 padres y/o tutores.

El proceso de muestreo se construye con el método de Fox en Sarzoza (2007), en relación con la muestra invitada, aceptante y productora de datos. Los datos de los niños se presentan en la tabla n°1, considerando los establecimientos y género con un N= 84 y los datos de los padres y/o tutores en la tabla n°2 con un n=84

TABLA 1. Distribución de la muestra IMC primero a cuarto básico.

Curso	Género		Total
	Femenino	Masculino	
1° básico	12	8	20
2° básico	10	9	19
3° básico	11	7	18
4° básico	16	11	27
Total	49	35	84

TABLA 2. Distribución de la muestra, padres y/o tutores de niños de primer a cuarto básico.

Curso	Género			Total
	Padres	Madres	Otro	
1° básico	2	17	1	20
2° básico	5	14	0	19
3° básico	1	14	3	18
4° básico	1	26	0	27
Total	9	71	4	84

La muestra evaluada, es considerada como una muestra no probabilística, donde *"la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quién hace la muestra"*(Hernández et al. 2010).

3.6 INSTRUMENTOS

A continuación, se procederá a describir los instrumentos utilizados en la determinación del IMC de los niñas y niños y el cuestionario aplicado en los padres y/o tutores para conocer las actitudes, creencias y practicas alimentarias.

3.6.1 MEDICIÓN IMC

Para las mediciones de IMC se utilizó un tallímetro portátil de nombre Bodymeter 206 Seca, instrumento de rápida lectura producto a su fácil fijación en la pared, además de contar con una cinta métrica donde el indicador de medida (tope) logra ubicarse en la parte superior de la cabeza del sujeto evaluado.

A su vez, para obtener el peso corporal de los sujetos evaluados, se utilizó el Scale plus Body Fat Monitor UM-028 de marca TANITA. Esta balanza es de carácter digital, siendo el evaluador el encargado de encenderla presionando el botón que se encuentra en la parte inferior y contraria a la pantalla digital, asimismo de cumplir la labor de reiniciarla cada vez que se cambiara al individuo en medición.

Con los datos adquiridos por los instrumentos descritos en el párrafo anterior, se procedió a calcular la razón entre el peso y la talla -expresados en kg/Mts^2 - conocida mundialmente como IMC. Siendo esta recomendada por la Organización mundial de la Salud y el ministerio de salud de Chile, para niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años. Estos criterios fueron

identificados luego de que el IMC fuera interpretado en los gráficos de curvas de crecimiento de niños y niñas de 5 a 19 años según género, (Anexo 9), interpretación que se logra obtener mediante el punto de encuentro entre la edad y el IMC del niño y niña, a partir del protocolo normativa del ministerio de salud que entró en vigencia en enero del 2017, el cual responde a las indicaciones internacionales. (Cuadro 1).

Diagnóstico Nutricional	Desviación estándar (OMS 2007)
Obesidad severa	$\geq + 3$
Obesidad	$\geq + 2$ a $+ 2.9$
Sobrepeso o riesgo de obesidad	$\geq +1$ a $+ 1.9$
Eutrofia o normal	$+ 0.9$ a -0.9
Déficit ponderal o bajo peso	≤ -1 a -1.9
Desnutrición	≤ -2

Cuadro 1. “Criterio de calificación del Diagnóstico Nutricional según el IMC”.

3.6.2 Cuestionario aplicado a los padres

El Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas hacia la alimentación (CFQ), es un auto-reporte desarrollado para identificar las prácticas de alimentación infantil, las actitudes de los padres y su percepción sobre el peso de su hijo utilizando una escala Likert de 5 puntos. Su aplicación es en padres de niños y niñas en edades entre 2 a 11 años con desarrollo físico y neurológico normal, fue diseñado por Birch et al., el año 2001.

Contiene 29 ítems, los cuales están divididos en 6 factores diferentes. Los primeros 3 factores se refieren a la percepción de los padres en relación con el peso y la preocupación de este, lo que puede evidenciar control de padres en la alimentación, abarca:

- Responsabilidad percibida (3 ítems). Evalúa la percepción de los padres en cuanto a la responsabilidad de la alimentación infantil.
- Percepción del peso del padre y/o tutor y del peso del niño (8 ítems). Evalúa la autopercepción del peso a lo largo de la historia de vida de la persona que responde el cuestionario y la del peso de los niños y niñas.

- Preocupación de los padres acerca del peso del niño (3 ítems). Evalúa la preocupación de los padres acerca del peso del niño y su riesgo a tener o contraer sobrepeso.

Los siguientes 3 factores evalúan las actitudes y prácticas de los padres con respecto al uso de estrategias de control en la alimentación infantil.

- Monitoreo (6 ítems). Evalúa el grado en que los padres supervisan la alimentación de sus hijos.
- Restricción (6 ítems). Evalúa el grado en que los padres restringen el acceso a algunos alimentos a sus hijos.
- Presión para comer (3 ítems). Evalúa la tendencia de los padres a presionar a sus hijos a comer más.
-

Cada factor posee una buena consistencia interna, por lo que posee según el cociente de alfa de Cronbach un 0,70. La aceptación de este instrumento para evaluar las prácticas ha sido significativa. En poblaciones de hispanos, afroamericanos, suizos, chinos, turcos, hebreos, japoneses, franceses, australianos, mexicanos, entre otros.

3.7 PROCEDIMIENTO

El procedimiento comenzó con la entrega de una carta informativa y de invitación (Anexo 1) destinada a las directoras de los dos establecimientos educacionales, la cual permitía dar a conocer los objetivos del estudio y el protocolo a seguir, incentivando a los establecimientos educacionales a ser partes de esta investigación.

Tras obtener la respuesta y la aceptación por parte de las autoridades de las instituciones se procedió a enviar un consentimiento informado a los padres y/ o tutores de los niños y niñas para autorizar la participación de éstos en el estudio (Anexo 2), donde también se les informaba sobre los objetivos de la investigación, el protocolo de evaluación y las necesidades de su participación. Luego de obtener las autorizaciones pertinentes, por parte de los padres, se procedió a concretar un horario dentro de la jornada del colegio para llevar a cabo las mediciones correspondientes.

3.8 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

En los meses de marzo - abril se llevó a cabo el proceso de evaluación, en esta instancia el grupo asistió a los establecimientos de los que se recibió respuesta para proceder a intervenir y tomando en consideración sólo a los niños y niñas que contaban con el consentimiento de sus padres (Anexo 2).

Para realizar la toma de IMC en los niños y niñas, se asistió a las clases de Educación Física, se midió y peso a cada niño, para luego traspasar los datos en un archivo Excel, además de registrar la fecha de nacimiento. (Anexo 4)

En relación con la aplicación de las encuestas estas fueron enviadas un viernes a los padres y/o tutores vía agenda, con una comunicación por parte del colegio y fueron recepcionadas durante una semana por los profesores.

3.9 LIMITACIÓN DE ESTUDIO

Para este estudio, existen variables que no fueron consideradas dentro de los resultados arrojados por las distintas mediciones aplicadas. Estas variables hacen referencia a los tiempos para responder la encuesta, el entendimiento de todos los términos o preguntas. No se ha efectuado una adaptación a la población chilena de este instrumento.

3.10 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos fueron registrados en una Planilla Excel, con la lista de cada curso, registrando el peso y la talla, se anotó la fecha de nacimiento a partir de los libros de clases o fichas de antecedentes escolares y se indicó la fecha de la medición efectuada. Para posteriormente (en un programa en línea) calcular la edad en meses y llevar a un programa de cálculo de IMC según género y edad según las Normas para evaluar el IMC entregado por MINSAL, Chile el año 2017

3.11 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

A continuación, se presenta la técnica de análisis de los datos y los programas estadísticos utilizados.

La técnica de análisis de la información fue la estadística descriptiva, a través de la medida de tendencia central (promedio) y la medida de variabilidad (desviación estándar), además de representaciones graficas (gráficos de frecuencias) y porcentajes. Se utilizó la estadística inferencial, específicamente los estadígrafos para identificar si las diferencias son significativas.

CAPITULO III

RESULTADOS

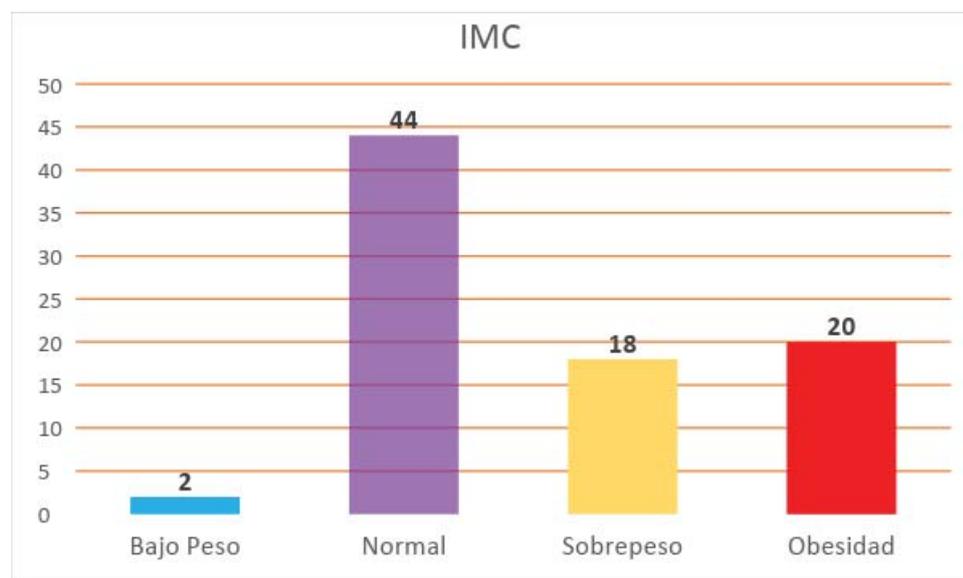
3. RESULTADOS

A continuación, se presenta la información de los niños y las tablas que evidencian los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario CFQ. Se presentan los resultados mediante 4 áreas principales: información de los padres, ámbito de responsabilidad percibida, percepción del peso de padre e hijo, preocupación de los padres sobre peso del niño, actitudes y prácticas de los padres con respecto al uso de estrategias de control de la alimentación y comparación de la percepción de los padres v/s el peso de su hijo en la actualidad.

3.1 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

En la figura 3, se puede observar la distribución de la muestra según el estado nutricional. Por tanto, los datos arrojados dan cuenta del estado nutricional de los niños donde 2 de ellos se encuentran bajo peso, 44 pertenecen a la categoría normopeso, 18 están en sobrepeso y 20 en obesidad. Si bien el 52,38% se encuentra en un estado nutricional de normopeso, no deja de ser preocupante que el 45,23% de la muestra se encuentre categorizado en un estado nutricional de sobrepeso u obesidad.

FIGURA 3. IMC de los niños.



3.2 INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Tabla 3. Nivel Educativo según IMC.

	Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3			2	10,0
Básico	9	20,5	3	16,7	4	20,0
Media	25	56,8	13	72,2	10	50,0
Técnico	7	15,9	1	5,6	2	10,0
profesional						
Universitario	1	2,3	1	5,6	2	10,0
Postgrado	1	2,3				
Total	44	100,0	18	100,0	20	100,0

En la tabla 3 se presentan los niveles educativos según el IMC, a partir de lo anterior se puede identificar que en las tres categorías de estado nutricional el mayor porcentaje de los padres posee un nivel educativo de enseñanza media. Lo cual se traduce en un 56,8% de los niños categorizados como normopeso, un 72,2% en los niños con sobrepeso y 50 % los niños con obesidad; sus padres han alcanzado como máximo nivel educativo la enseñanza media. El mismo fenómeno, se puede identificar al observar la relación entre el nivel educativo de enseñanza básica de los padres y el estado nutricional de los niños. Por tanto, se puede señalar que ha menor nivel educativo de los padres, mayores son las probabilidades de estar en riesgo de sobrepeso y obesidad.

Tabla 4. Actividad laboral según IMC.

	Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3	1	5,6	1	5,0
Si Trabaja	21	47,7	11	61,1	11	55,0
No trabaja	22	50,0	6	33,3	8	40,0
Total	44	100	18	100,0	20	100,0

En la tabla 4 se presenta la relación existente entre la actividad laboral de los padres con el IMC de los niños. Ante esto se puede apreciar que en los niños con sobrepeso (18) el 61,1% de sus padres que trabaja, en tanto para los niños con obesidad (11) el 55% de los padres posee alguna actividad laboral. Mientras tanto, los apoderados que no trabajan están asociados con el 50% de los niños en categoría normal.

Tabla 5. IMC de los padres según IMC de los niños

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	9	20,5	13	34,2
Bajo peso	0	0	0	0
Normopeso	8	18,2	5	13,2
Sobrepeso	16	36,4	10	26,3
Obesidad	11	25,0	10	26,3
Total	44	100,0	38	100,0

En esta tabla 5 se refleja la relación que tiene el IMC de los padres con el IMC de los niños, en donde se identifica que el 36,4% de los niños con un IMC normal están bajo la tutela de padres con sobrepeso. En el caso de los niños con sobrepeso y obesidad (52,6%), sus padres también se encuentran categorizados en esos estados. Por tanto, se aprecia una relación directa entre el estado nutricional de los padres con respecto al de sus hijos.

3.3 ÁMBITO RESPONSABILIDAD PERCIBIDA

A continuación, se presentan las tres preguntas que evalúan la percepción de los padres en cuanto a su responsabilidad en la alimentación, su frecuencia (p.1), porciones (p.2), definición de la alimentación (p.3).

Tabla 6. Responsabilidad percibida según normopeso y sobrepeso/obesidad de los niños.

	Normal				Sobrepeso/Obesidad			
	Mínim o	Máxim o	Media	DS	Mínim o	Máxim o	Media	DS
Frecuencia	2,00	3,00	2,9545	,21071	3,00	3,00	3,0000	,00000
Porciones	2,00	3,00	2,9091	,29080	3,00	3,00	3,0000	,00000
Definición	2,00	3,00	2,9091	,29080	2,00	3,00	2,9737	,16222
Total			2.90				2.99	

En la tabla 6 se compara la responsabilidad percibida de los padres de ambos grupos, donde el puntaje de mayor responsabilidad manifestado se presenta en los niños que están con sobrepeso y obesidad obteniendo un promedio de respuesta en las tres preguntas de 2,99 puntos, sobre un total de 3,0. También es importante apreciar que en este grupo de niños, los padres asumen la responsabilidad en cuanto a la frecuencia del alimento y las porciones del mismo para sus hijos; presentando un total acuerdo con la preguntas que hacen referencia a aquellos puntos.

3.4 PERCEPCIÓN DEL PESO DE PADRE E HIJO.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a la evaluación sobre la autopercepción del peso a lo largo de la historia del padre y de su hijo. Para lo cual, la tabla 7 presenta las autopercepciones de los padres respecto a su peso, entre las edades de 5 a 10, respecto del IMC de sus hijos. A partir de lo anterior, se puede apreciar que, para los niños con un IMC normal, sus padres en un 93,2% al período etario de 5 y 10 años se auto perciben en un estado nutricional bajo peso, en tanto aquellos niños con IMC sobrepeso / obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (84,2%) también se categoriza en bajo peso.

Tabla. 7. Percepción del peso del padre entre los 5-10 años. Según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Marcado Bajo peso	1	2,3	0	0
Bajo peso	41	93,2	32	84,2
Normal	1	0	6	15,8
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

En la tabla 8 se presentan las autopercepciones de los padres respecto a su peso en la adolescencia categorizando según el IMC de los niños. Queda reflejado que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (93,2%) se auto percibe en bajo peso en la adolescencia al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso / obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (84,2%) también se categoriza en bajo peso.

Tabla. 8. Percepción del peso del padre en su adolescencia, según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3	0	0
Marcado Bajo peso	1	2,3	0	0
Bajo peso	41	93,2	28	73,3
Normal	1	2,3	10	26,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

La tabla 9 presenta las autopercepciones de los padres respecto a su peso entre las edades de 20 a 30 años, lo cual se categoriza según el IMC de sus hijos. Queda reflejado que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (88,6) se auto percibe en bajo peso entre los 20 y 30 años al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso / obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (65,8) también se categoriza en bajo peso.

Tabla.9. Percepción del peso del padre entre los 20 - 30 años. Según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	3	7,9
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	39	88,6	25	65,8
Normal	5	11,4	10	26,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

A continuación, la tabla 10, muestra la percepción que tienen los padres, sobre su propio peso en la actualidad, en relación con el IMC de sus hijos.

Tabla. 10. Percepción del peso del padre en la actualidad, Según IMC del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	8	18,2	0	0
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	26	59,1	22	57,9
Normal	10	22,7	16	42,1
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Los resultados reflejan que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (59,1) se auto percibe en bajo peso en la actualidad al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso / obesidad donde el mayor porcentaje de los padres (57,9) también se categoriza en bajo peso. Tanto la tabla 7 como la 8, ponen en evidencia la importancia de la autopercepción del peso de los adultos, y como este podría influir en el estado actual de sus hijos.

Por otra parte, en la tabla 11 se presenta la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos en su primer año de vida, categorizando según el IMC de los niños.

Tabla. 11. Percepción del padre sobre el peso del niño durante su primer año

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	0	0
Marcado Bajo peso	0	0	1	2,6
Bajo peso	17	38,6	35	92,1
Normal	27	61,4	2	5,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

A partir de lo anterior, queda reflejado que, en los niños con IMC normal al año de vida, el mayor porcentaje de los padres (61,4%) consideraba que su IMC era normal. Mientras que los niños categorizados con un IMC de sobrepeso/obesidad, el 92,1% de los padres que respondieron el cuestionario, señaló que sus hijos al año de vida estaban bajo peso. La importancia de esto radica fundamentalmente, en que la percepción que tienen los adultos sobre el peso de los hijos influye directamente en la ingesta calórica de sus hijos.

Por otro lado, la tabla 12 presenta las percepciones de los padres respecto al peso de los niños a la edad de 2 años. Al respecto queda reflejado que, en los niños con IMC normal, el 86,4% de los padres categorizan a los niños en bajo peso a la edad de 2 años al igual que en la categoría de los niños con IMC sobrepeso / obesidad donde 92,1% de los padres los categoriza en el mismo estado nutricional (bajo peso).

También es necesario destacar que el 5,3% de los niños categorizados como en sobrepeso/obesidad, sus padres los perciben en un IMC normal.

Tabla. 12. Percepción del padre sobre el peso del niño a los dos años.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	1	2,6
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	38	86,4	35	92,1
Normal	6	13,6	2	5,3
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100

En la tabla 13, se presenta la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos entre los 3-5 años categorizados según el IMC de los niños. Ante esto es necesario destacar que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (86,4%) señala que sus hijos, entre los 3-5 años se encontraba bajo peso. Mientras que, para los niños, con sobrepeso/obesidad, el 71,1% de sus padres percibe a sus hijos, con bajo peso. No obstante, a lo anterior, también es importante indicar que el 21,1% de los padres de los niños que poseen sobrepeso y obesidad están en un IMC normal; lo cual refleja un aumento de unos 15,8 puntos porcentuales con respecto a la percepción que los padres tenía de sus hijos a la edad de dos años.

Tabla. 13. Percepción del padre sobre el peso del niño de los 3-5 años

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	3	7,9
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	38	86,4	27	71,1
Normal	6	13,6	8	21,1
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100

En tanto, al observar la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos en la actualidad, categorizando según el IMC de los niños, la tabla 14 nos indica que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (81,8%) percibe a sus hijos en la actualidad con un bajo peso. Mientras que los niños según IMC con sobrepeso/obesidad, el mayor porcentaje de sus padres (55,3%) percibe a sus hijos en la actualidad con un bajo peso y el 42,1% de los padres los encuentra normal.

Tabla. 14. Percepción del padre sobre el peso del niño en la actualidad

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	7	15,9	1	2,6
Marcado Bajo peso	0	0	0	0
Bajo peso	36	81,8	21	55,3
Normal	1	2,3	16	42,1
Sobrepeso	0	0	0	0
Marcado sobrepeso	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100

Tabla 15. Comparación de la percepción del padre su peso en la actualidad y los resultados de su IMC

	Percepción actualidad		IMC actual	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	8		13	
Bajo peso	48		0	
Normopeso	26		13	
Sobrepeso	0		26	
Obesidad	0		26	
Total		100,0		100,0

En la tabla 15 se observa que 48 padres actualmente se perciben como bajo peso y 26 como normopeso. En cambio, según el IMC actual ningún padre se categoriza como bajo peso. La mayor cantidad según IMC se distribuye en 26 padres con sobrepeso y 26 padres con obesidad.

Tabla 16. Comparación de la percepción del padre su peso en la actualidad según IMC de su hijo y los resultados de su IMC

	Percepción actualidad				IMC Actual			
	Normopeso		Sobrepeso		Normopeso		Sobrepeso	
	Fca.	%	Fca.	%	Fca.	%	Fca.	%
No contesta	8		0		0		0	
Bajo peso	26		22		0		0	
Normopeso	10		16		8		5	
Sobrepeso	0		0		16		10	
Obesidad	0		0		11		10	
Total		100,0		100,0		100,0		100,0

En la tabla 16 se obtiene que 26 padres que se perciben como bajo peso, son padres de niños con normopeso. Por otra parte, se observa que 22 padres se perciben como bajo peso, son padres de niños con sobrepeso. Según IMC actual la mayor cantidad de padres presentan sobrepeso y son padres de niños con normopeso. Por otro lado, la menor frecuencia se observa en padres con normopeso, los cuales tienen hijos con sobrepeso.

3.5 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES SOBRE PESO DEL NIÑO

A continuación, se presentan una serie de resultados vinculados a la preocupación que tienen padres y/o tutores responsables sobre el consumo alimentario, la dieta y el aumento del peso que refleja el niño.

A partir de lo anterior, en primer lugar, se presenta la tabla 17, en la cual se evidencian los resultados relacionados a la preocupación sobre el alto consumo de alimentos mientras no están presentes, categorizados según el IMC de los niños.

Tabla.17. Preocupación sobre el alto consumo de alimentación mientras él no está presente.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	0	0	0	0
No estoy preocupado	36	81,8	18	47,4
Estoy preocupado	8	18,2	20	52,6
Estoy muy preocupado	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Se puede apreciar que los niños con IMC normal, el 81,8% de los padres no está preocupado por el consumo de alimentos de los niños mientras no están presentes. Mientras que los niños según IMC con sobrepeso/obesidad, el 56,2% de los padres declara si estar preocupado por el consumo de alimentos de los niños. No deja de extrañar, el alto porcentaje de padres de niños con sobrepeso u obesidad (47,4%), que indican no estar preocupados por los alimentos que sus hijos ingieren, mientras ellos no están.

A continuación, la tabla 18 presenta los resultados referentes a la preocupación de los padres sobre el peso del niño, haciendo énfasis en la ingesta alimenticia para mantener el peso, todo esto categorizado según el IMC de los niños.

Tabla. 18. Preocupación sobre la dieta para mantener el peso

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuenci		Frecuencia	Porcentaje
	a	Porcentaje		
No contesta	0	0	0	0
No estoy preocupado	20	68,2	17	44,8
Estoy preocupado	14	31,8	21	55,31
Estoy muy preocupado	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

En este contexto, se refleja que, en los niños con IMC normal, el mayor porcentaje de los padres (68,2%) no está preocupado por la dieta de los niños para mantener el peso. Mientras que para los niños con IMC que los categoriza en sobrepeso/obesidad, el 55,31% de los padres declara si estar preocupado por la dieta de los niños para mantener el peso, por otro lado el 44,8% de los padres en sobrepeso/obesidad declara no estar preocupado por ello situación al menos preocupante, ya que son los padres quienes regulan la ingesta alimentaria de los niños, por tanto una mayor o menor preocupación en ese ámbito podría, en definitiva, estar asociado a una conducta alimenticia adquirida por parte de los niños.

Por otro lado, la tabla 19, presenta los resultados asociados a la preocupación de los padres sobre el peso del niño, colocando énfasis en el aumento de peso del niño, categorizado según el IMC de los niños.

Tabla. 19. Preocupación sobre el aumento del peso del niño.

	Normal		Sobrepeso /Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	2,3	1	2,6
No estoy preocupado	33	75	18	47,4
Estoy preocupado	10	22,7	19	50
Estoy muy preocupado	0	0	0	0
Total	44	100,0	38	100,0

Los resultados indican que el 75% de los padres cuyos hijos poseen un IMC normal, declara no estar preocupado por el aumento del peso de los niños. Mientras tanto, el 50% de los

padres, cuyos hijos poseen sobrepeso/obesidad, declara si estar preocupado por el aumento de peso de los niños. Por otro lado, es preocupante que el 47,4 de los padres de niños en sobrepeso/obesidad, declaren no estar preocupados por el aumento del peso de sus hijos.

Finalmente, la tabla N°20, señala a modo de resumen el comportamiento de las respuestas de los padres en cuanto a la preocupación por la alimentación de sus hijos, en función del estado nutricional de los mismos.

Tabla N° 20: Preocupación de los padres sobre alimentación de sus hijos.

	Normal (n° 44)				Sobrepeso/Obesidad (n°38)			
	Mínimo	Máximo	Media	DS	Mínimo	Máximo	Media	DS
P.1	1,00	3,00	1,8409	,71343	1,00	3,00	2,4737	,60345
P.2	1,00	3,00	1,9773	,82091	1,00	3,00	2,5000	,60404
P.3	,00	3,00	1,7955	,82348	,00	3,00	2,3158	,80891
Total			1,86				2.42	

A partir de lo anterior, con respecto a la preocupación que pueden tener los padres de niños con un IMC normal sobre la alimentación, frecuencia alimentaria y aumento de pesos de sus hijos se puede señalar que presentan un total de 1,86 puntos sobre un total de 3, en este ámbito. Del mismo modo, se observa es en la pregunta N°3 de esta categoría (preocupación por aumento del peso de los niños) donde se observa una mayor dispersión en las respuestas. Al observar las respuestas de los padres de niños en sobrepeso/obesidad, se puede indicar que estos presentan 2.42 puntos, sobre un total de 3 en este ámbito; además se puede indicar que existe concordancia con el grupo de padres de niños con IMC normal, en cuanto a la heterogeneidad de las respuestas para la pregunta relacionada a la preocupación por el aumento del peso.

3.6 ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES CON RESPECTO AL USO DE ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LA ALIMENTACIÓN.

En la tabla 21, se presentan seis preguntas las cuales guardan relación al grado en que los padres supervisan la alimentación de sus hijos.

Tabla N° 21: Monitoreo de alimentación de los hijos.

	Normal (n° 44)				Sobrepeso/Obesidad (n°38)			
	Mínimo	Máximo	Media	DS	Mínimo	Máximo	Media	DS
P.1	1,00	3,00	2,8571	,41739	1,00	3,00	2,7632	,54198
P.2	1,00	3,00	2,7727	,52223	1,00	3,00	2,8947	,38831
P.3	1,00	3,00	2,7273	,54404	,00	3,00	2,7895	,57694
P.4	,00	3,00	2,3636	,89159	,00	3,00	2,5000	,83017
P.5	,00	3,00	1,6591	,86113	,00	3,00	1,5263	,86170
P.6	1,00	3,00	1,8182	,89632	1,00	3,00	1,7632	,91339
Total			2,07				2,36	

En este contexto, se puede apreciar que los padres de niños con un IMC normal presentan una media de respuestas de 2,85 de un total de 3,0, respecto a la afirmación que hace alusión a la regulación del consumo de comida chatarra. Así mismo, se puede apreciar con respecto al grupo de niños categorizados con un IMC normal, que existen menores nivel de acuerdo con a la afirmación que indica una tendencia a obligar al niño a alimentarse. Por otra parte, al observar el comportamiento de las respuestas de los padres, cuyos hijos han sido categorizados con sobrepeso/obesidad, se puede apreciar que los puntajes más altos se encuentran en la afirmación “Si yo no regulara o guiará la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer demasiada cantidad de su comida favorita” con 2,89 puntos sobre un total de 3. Del mismo modo, al igual que para los niños con IMC normal, en este grupo, los puntajes más bajos se encuentran en la afirmación: “Si mi hijo/a dice “No tengo hambre”, trato de que coma de todas maneras” con 1,52 puntos sobre un total de 3; así mismo es en esta afirmación donde se observa una mayor dispersión de las respuestas.

A continuación, se presenta el análisis de las respuestas que guardan relación con el ítem de restricción, el cual está compuesto por 8 preguntas, en donde se evalúa el grado en que los padres restringen o posibilitan el acceso a determinados alimentos.

Tabla N°22. Restricción

	Normal (n = 44)				Sobrepeso/Obesidad (n = 38)			
	Mínimo	Máximo	Media	DS	Mínimo	Máximo	Media	DS
P.1	1,00	3,00	2,6818	,63878	,00	3,00	2,5263	,95115
P.2	1,00	3,00	2,6591	,64495	,00	3,00	2,6053	,85549
P.3	,00	3,00	2,5455	,84783	,00	3,00	2,2632	1,03151
P.4	1,00	3,00	2,7500	,53374	,00	3,00	2,4474	,89132
P.5	1,00	3,00	2,4773	,76215	,00	3,00	2,0000	1,01342
P.6	1,00	3,00	2,5682	,72810	,00	3,00	2,3421	1,02077
Total			2,60				2,36	

Con respecto al total de las preguntas que hacen referencia a la restricción del consumo de los alimentos, se puede indicar que son los padres de los niños categorizados como normopeso quienes en el total de las ocho preguntas presentan mayores niveles de acuerdo (2,60 puntos de un total de 3,0) con respecto a sus pares categorizados como sobrepeso y obesidad (2,36 puntos de un total de 3,0). Al analizar cada una de las preguntas que componen este ítem, se puede señalar que frente a la afirmación: *Tengo que estar especialmente atento para asegurarme de que mi hijo/a come lo suficiente*, los padres de niños normopeso son los que presentan mayor preocupación (2,75 puntos) con respecto a los padres de niños con sobrepeso y obesidad (2,44); al comparar la regulación por la ingesta de la comida chatarra, son los padres de niños normopeso quienes presentan mayores niveles de acuerdo con respecto a sus pares de niños con sobrepeso y obesidad, 2,68 y 2,52 puntos, respectivamente. Con respecto a la afirmación “Mi hijo/a siempre debería comer toda la comida de su plato”, son los padres de niños con sobrepeso y obesidad quienes presentan menores puntajes (2,26) con respecto a sus pares padres de niños normopeso (2,54), un elemento que es importante de destacar con respecto a esta afirmación, es la dispersión de los resultados para ambos grupos, lo que indica que tanto las respuestas de los padres de niños normopeso como la de los padres de niños con sobrepeso y obesidad, son las más heterogéneas dentro del conjunto de preguntas.

Por último, la categoría de presión para comer está compuesta por tres preguntas, donde se evalúa la tendencia que tienen los padres para ejercer presión sobre sus hijos al momento de ingerir determinados alimentos.

Tabla 23. Presión para comer

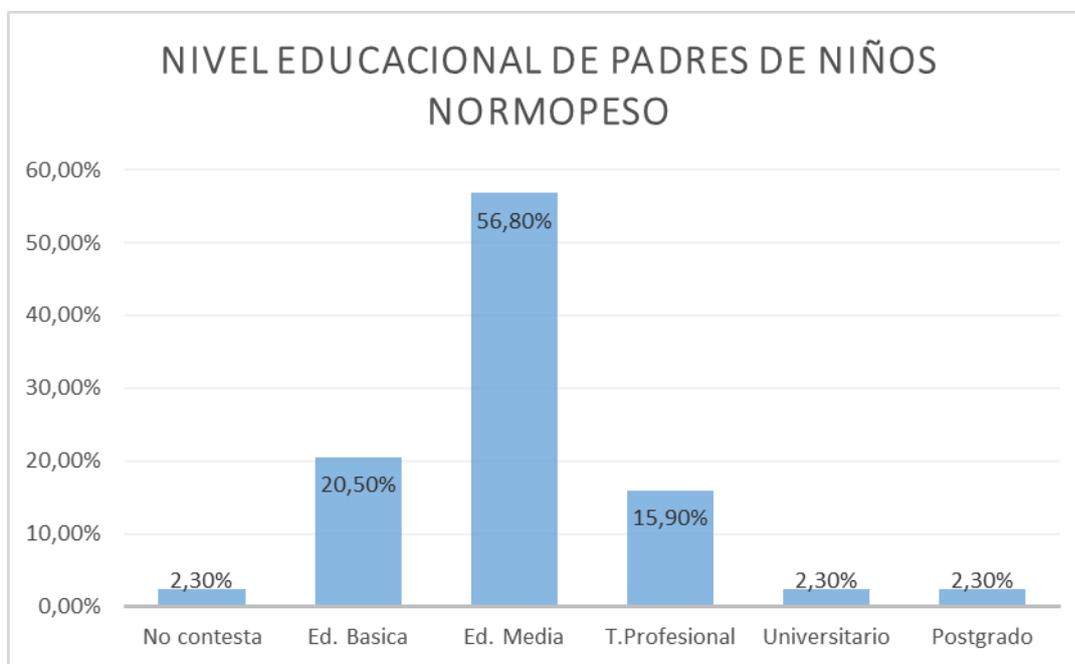
	Normal (n° 44)				Sobrepeso/Obesidad (n°38)			
	Mínimo	Máximo	Media	DS	Mínimo	Máximo	Media	DS
P.1	2,00	3,00	2,7500	,43802	,00	3,00	2,6842	,84166
P.2	2,00	3,00	2,7500	,43802	,00	3,00	2,6579	,84714
P.3	2,00	3,00	2,7727	,42392	,00	3,00	2,6842	,84166
Total			2.75				2.67	

En esta tabla se puede señalar que son los padres de niños normopeso, quienes ejercen mayor presión (2.75 puntos) para que sus hijos no se alimenten con dulces, snacks (doritos, papitas, etc) y comidas altas en grasas, en comparación con los padres de niños sobrepeso (2,67 puntos). Al realizar el análisis por pregunta, los padres de niños categorizados como normopeso ejercen mayor control para que sus hijos regulen la ingesta de comida altas en grasas (2,77) en comparación a los padres de niños con sobrepeso y obesidad (2,68), al mismo tiempo se puede señalar que las respuestas de los padres de este último grupo son más heterogéneas (DS=,84166) con respecto a las respuestas de los padres de niños clasificados como normopeso. (DS=,42392). Finalmente se puede señalar que los padres de niños con sobrepeso y obesidad presentan puntajes similares con respecto a las preguntas de control de consumo de dulces, snacks y comidas altas en grasas, 2,68; 2,65 y 2,68 puntos respectivamente. Si bien no se pueden establecer diferencias significativas con respecto a los padres de niños normopeso, se pueden observar que este grupo de padres presentan más altos puntajes con respecto al control ejercido sobre el consumo de los alimentos antes mencionados (2,75; 2,75 y 2,77 puntos respectivamente).

3.7 FIGURAS SEGÚN CATEGORIAS

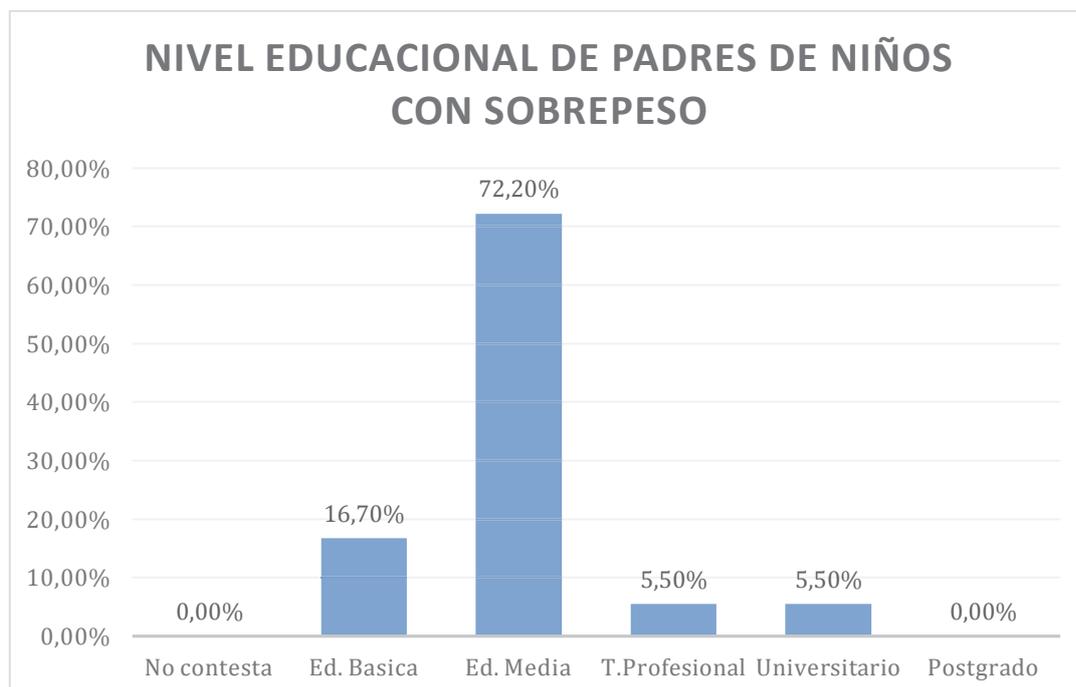
3.7.1 INFORMACIÓN DE LOS PADRES

FIGURA 4. Nivel educacional de padres de niños con normopeso.



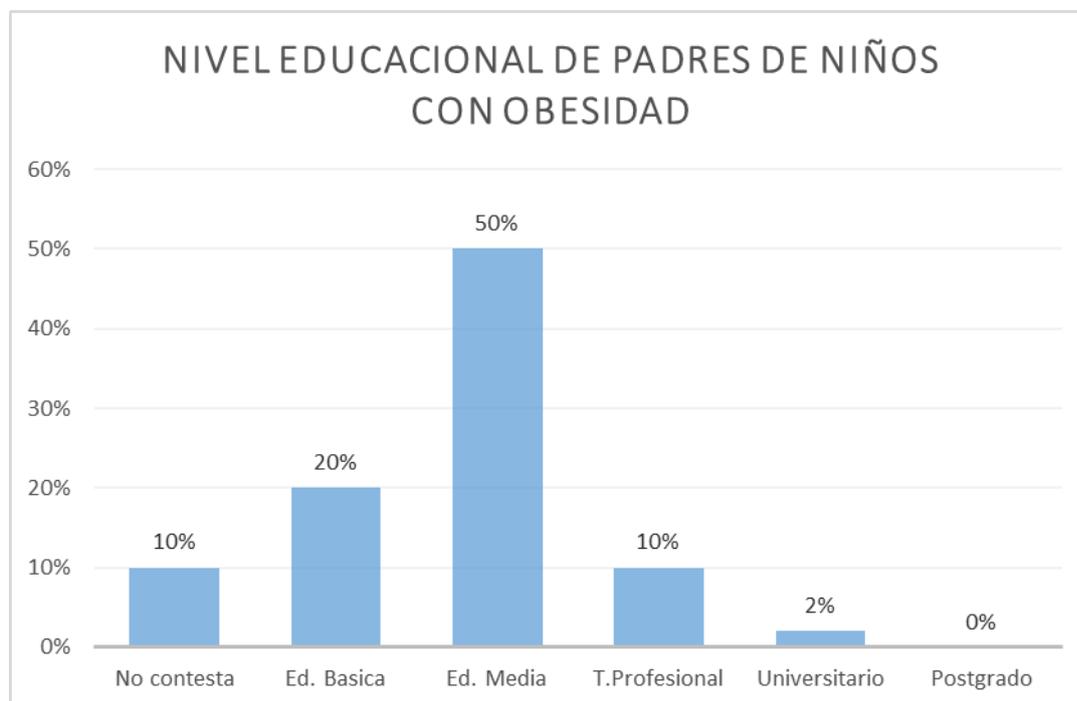
En la figura 4 se ve el nivel educacional de los padres de niños con normopeso, donde se ve que el porcentaje más alto de los encuestados cuenta con la educación media con un 56,80%, seguido por educación básica con 20,50% y Técnico profesional con un 15,90%.

FIGURA 5. Nivel educacional de padres de niños con sobrepeso.



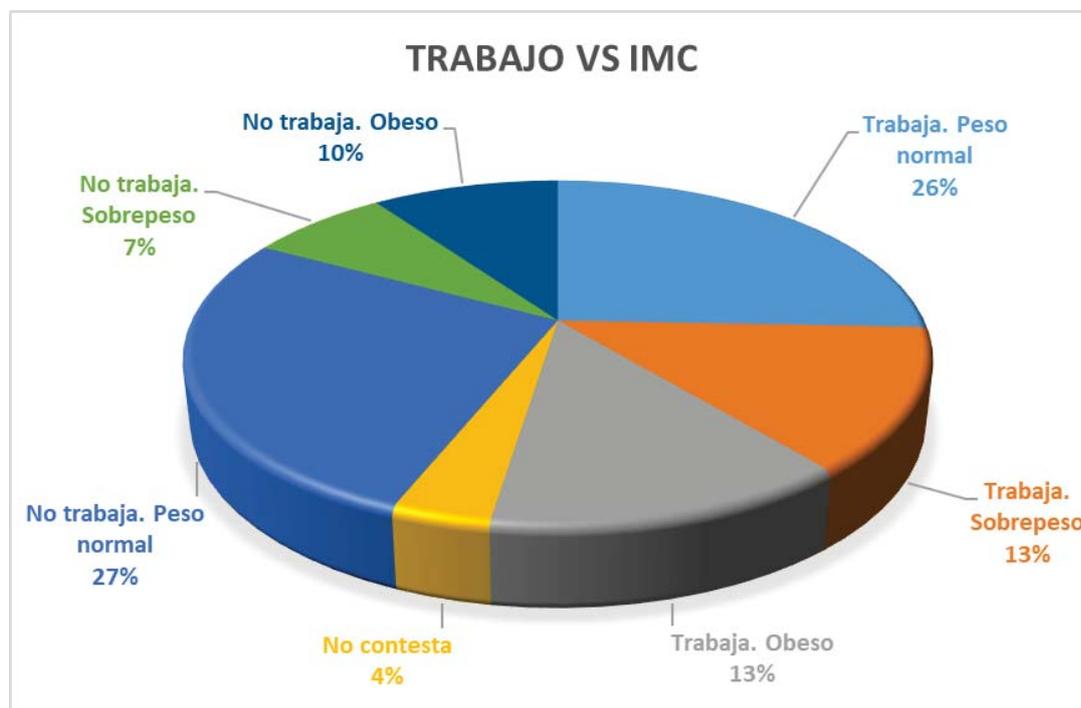
En la figura 5 se observa el nivel educacional de los padres de niños con sobrepeso, donde se ve que el porcentaje más alto de los encuestados cuenta con la educación media con un 72,20%, seguido por educación básica con un 16,70% y Técnico profesional/universitario con un 5,50%.

FIGURA 6. Nivel educacional de padres de niños con obesidad.



En la figura 6 se ve el nivel educacional de los padres de niños con obesidad, donde se ve que el porcentaje más alto de los encuestados cuenta con la educación media con un 50%, seguido por educación básica con un 20% y Técnico profesional con un 10%.

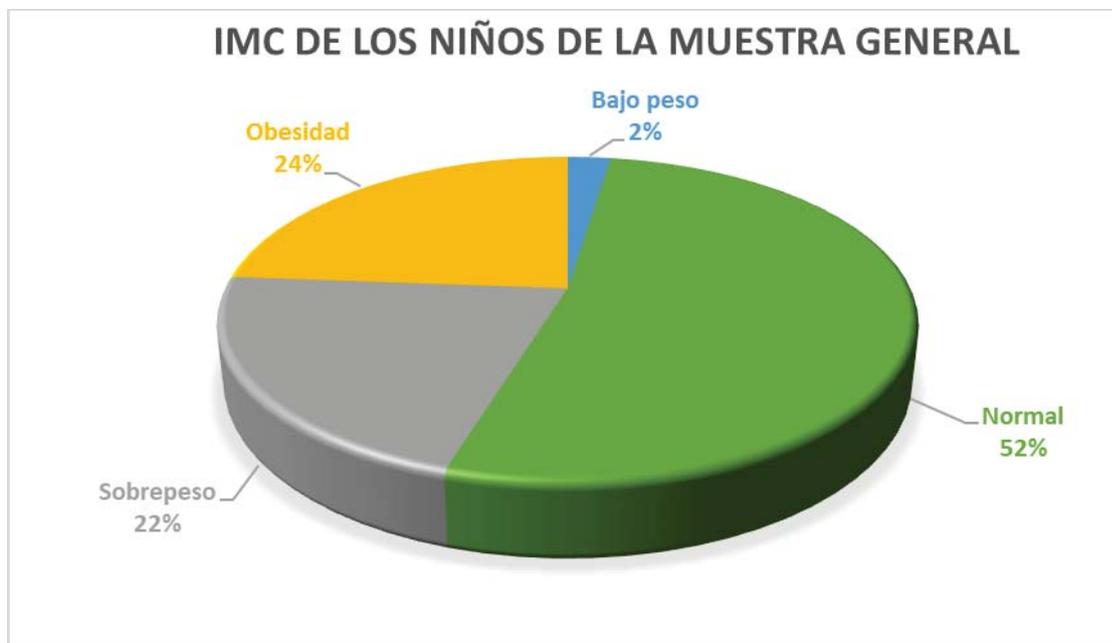
FIGURA 7. Actividad laboral de los padres v/s IMC de los niños.



En la figura 7 se observa que los padres que trabajan presentan el mayor porcentaje respecto a hijos con normopeso y del mismo modo los que no trabajan. Por otra parte, el porcentaje de sobrepeso y obesidad es alto llegando a un 26% en padres que si trabajan.

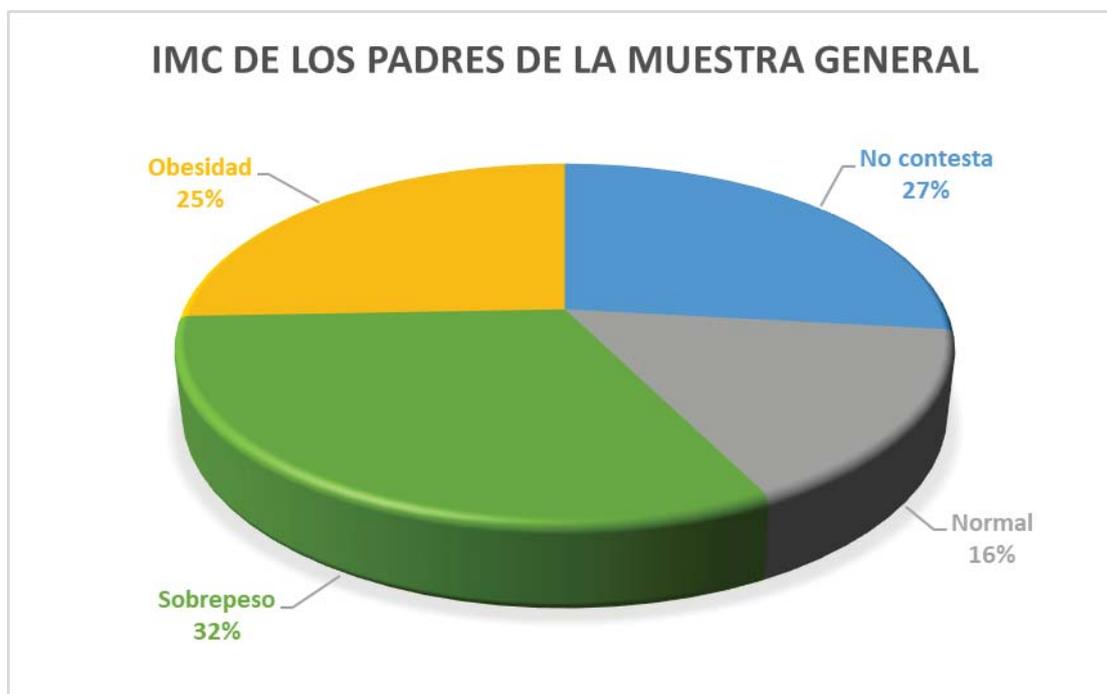
3.7.2 IMC DE PADRES Y NIÑOS

FIGURA 8. IMC de los niños de la muestra



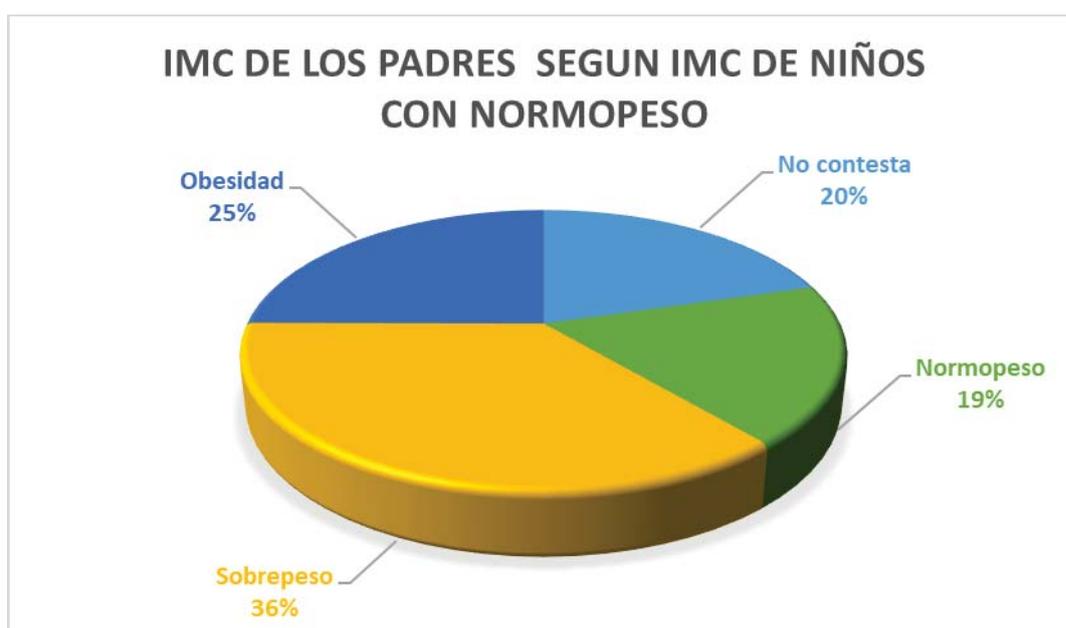
En la figura 8 se ve reflejado el IMC de los niños que fueron parte de la encuesta, donde el 52% presenta un normopeso, el 24% presenta obesidad y el 22% esta con sobrepeso.

FIGURA 9. IMC de los padres



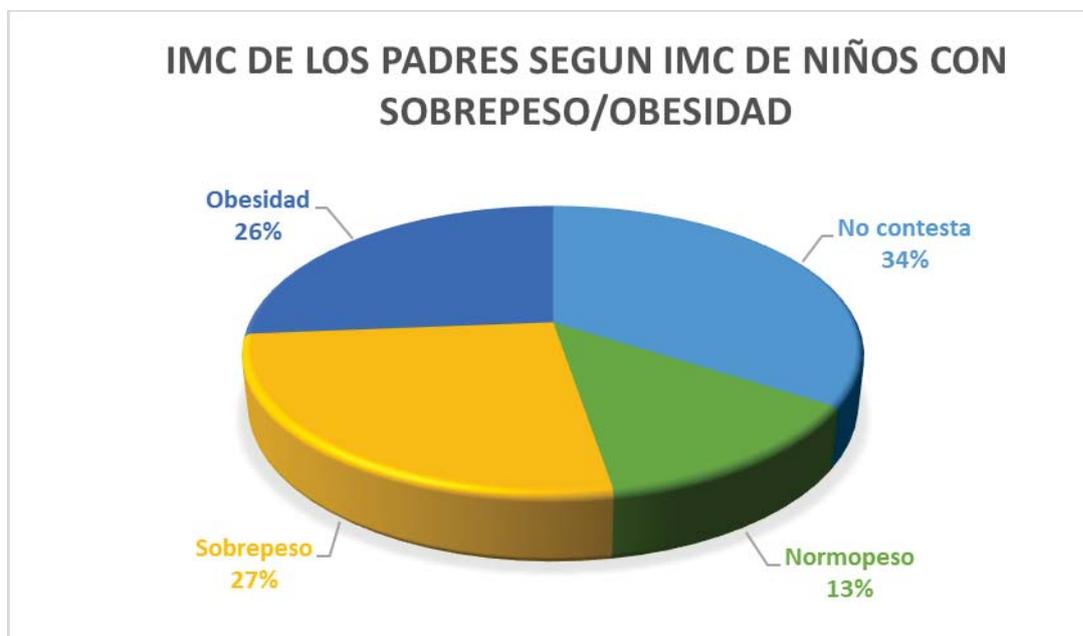
En la figura 9 se ve reflejado el IMC de los padres que fueron parte de la investigación, donde el 32% presenta un sobrepeso, el 25% presenta obesidad y el 16% está dentro de la categoría de normopeso.

FIGURA 10. IMC de los padres según IMC de niños con normopeso.



En la figura 10 se evidencia que el 36% de los niños con normopeso tienen padres y/o tutores con sobrepeso. Por otra parte, el 25% está con padres con obesidad.

FIGURA 11. IMC de los padres según IMC de niños con sobrepeso/obesidad



En la figura 11 se observa que el 53% de los niños está bajo la tutela de padre o tutores con sobrepeso u obesidad, donde el 27% presenta sobrepeso y el 26% obesidad. Luego el 13% de los padres de niños con sobrepeso/obesidad se clasifica con un IMC normal.

3.7.3 PERCEPCIÓN DEL PADRE SOBRE EL PESO DEL HIJO

FIGURA 12. Percepción actual del padre sobre el peso de niños con normopeso.



En la figura 12 se ven los resultados de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos, en donde el 59% de los padres de niños con normopeso los percibe como bajo peso, mientras que el 2% los percibe como normopeso.

FIGURA 13. Percepción actual del padre sobre el peso sobre niños con sobrepeso/obesidad



En la figura 13 el mayor porcentaje corresponde al 59% de los padres de niños con sobrepeso/obesidad que los perciben como bajo peso. Luego con un 42% están los padres que perciben a sus hijos que presentan sobrepeso/obesidad como normal.

FIGURA 14. Percepción actual del peso del padre de niños con normopeso.



En la figura 14 se ven los resultados de la percepción de los padres respecto a su propio peso, en donde los padres de niños con normopeso, su porcentaje más alto es de los padres que se ve bajo peso con un 59%, mientras que 23% se ve a sí mismo con un peso normal.

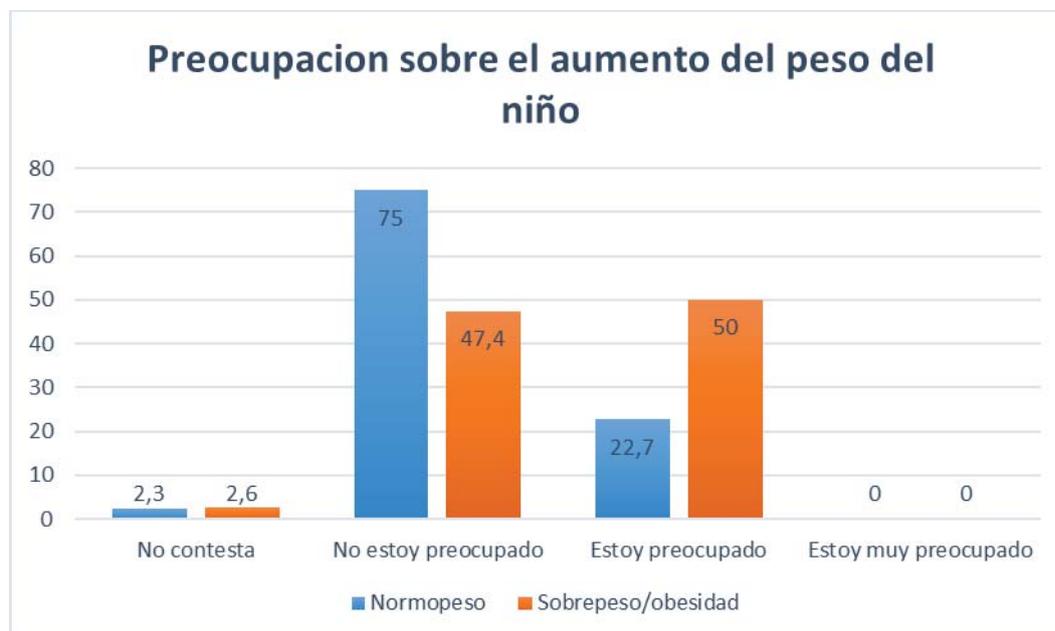
FIGURA 15. Percepción actual del peso del padre de niños con sobrepeso/obesidad.



En la figura 15 se ven los resultados de la percepción de los padres respecto a su propio peso, en donde los padres de niños con sobrepeso/obesidad, su porcentaje más alto es de los padres que se ve bajo peso con un 58%, mientras que 42% se ve a sí mismo con un peso normal.

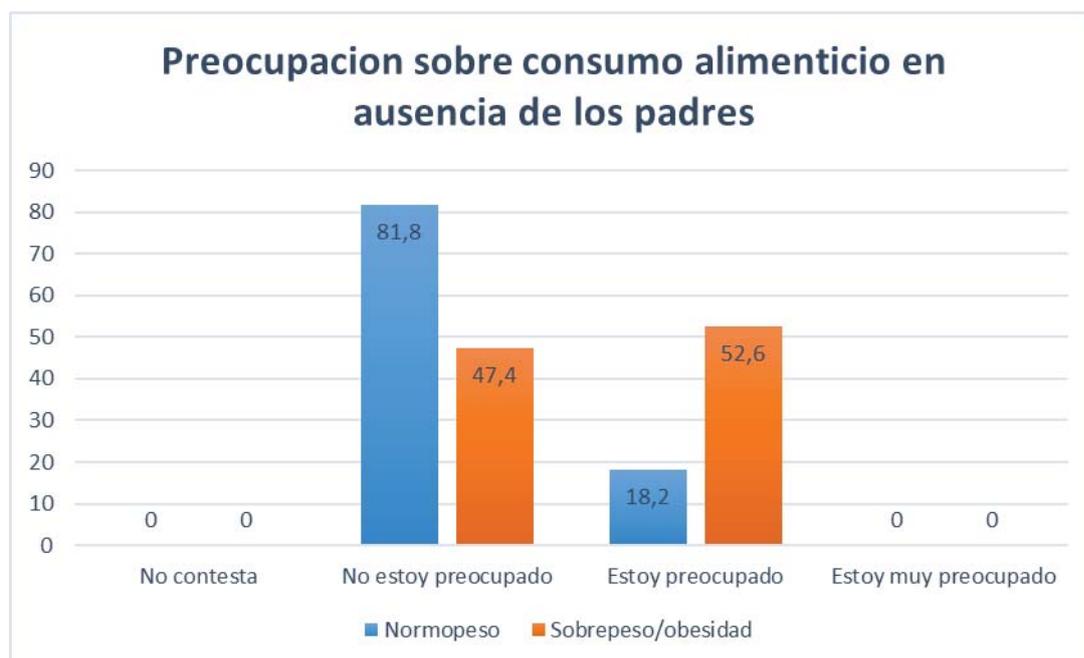
3.7.4 PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL PESO DEL NIÑO

FIGURA 16. Preocupación de padres sobre el aumento del peso del niño.



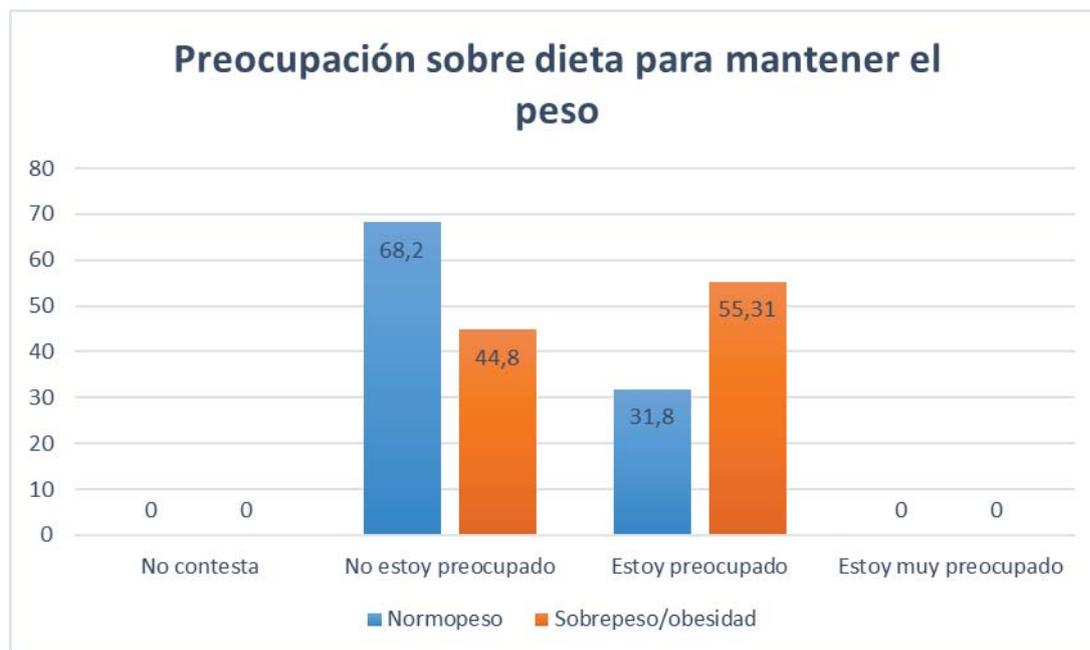
En la figura 16 se observa que el 75% de padres de niños con normopeso no está preocupado por el aumento de peso de su hijo, mientras que el 22,7% si está preocupado. Por otra parte, un 47,4% de padres de niños con sobrepeso/obesidad responde que no está preocupado por el aumento de peso de su hijo, mientras que el 50% responde si estar preocupado.

FIGURA 17. Preocupación de los padres sobre el consumo alimenticio en su ausencia.



En la figura 17 se ven los resultados de la preocupación de los padres por el consumo alimenticio de sus hijos mientras ellos no están presentes, en donde en padres de niños con normopeso, el 81,8% dice no estar preocupado y solo el 18,2% demuestra preocupación. En los padres de niños con sobrepeso/obesidad se acercan más los porcentajes, donde el 47,4% dice no estar preocupado y el 52,6% demuestra preocupación por la alimentación mientras ellos no están.

FIGURA 18. Preocupación de los padres sobre la dieta para mantener el peso.



En la figura 18 se ven los resultados de la preocupación de los padres sobre la dieta de sus hijos para mantener el peso, en donde en padres de niños con normopeso, el 68,2% de dice no estar preocupado y solo el 31,8% demuestra preocupación. Mientras que en los padres de niños con sobrepeso/obesidad se acercan más los porcentajes, donde el 44,8% dice no estar preocupado y el 55,31% demuestra preocupación por la dieta de sus hijos para mantener el peso.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El siguiente capítulo presenta un diálogo entre los resultados obtenidos en esta investigación con lo que señala la literatura, de esta manera se espera relevar una serie de hallazgos vinculados a la temática de creencias y percepciones de padres o tutores, sobre el estado de sobrepeso y obesidad que poseen sus hijos/as. Así mismo se evidenciará la percepción sobre el propio peso en relación con el estado nutricional real que presentan al momento de completar el cuestionario CFQ. Estos elementos, permitirán en definitiva contrastar evidencia investigativa sobre el impacto que posee las conductas, creencias, percepciones del peso corporal e IMC de los padres por sobre el de sus hijos. Finalmente, la discusión de los resultados se ha estructurado en cuatro grandes temáticas:

- Responsabilidad percibida por los padres y/o tutores.
- Percepción del peso del padre o persona que responde el cuestionario y el de su hijo/a
- Preocupación de los padres acerca del peso del niño
- Monitoreo
- Restricción
- Presión para comer

4.1 Responsabilidad percibida

Con respecto a los resultados asociados a la categoría responsabilidad percibida por los padres sobre la alimentación de sus hijos, los resultados obtenidos en este estudio indican que tanto los padres de niños categorizados en un IMC normal (2.90 puntos) y sobrepeso/obesidad (2.99 puntos), se encuentran medianamente de acuerdo con las afirmaciones relacionadas la responsabilidad parental sobre la alimentación de los niños. En este contexto, se puede observar que el monitoreo de la frecuencia con la que el niño/a recibe su alimentación y el tamaño de las porciones de las comidas está presente constantemente en el núcleo familiar. No obstante, los resultados, indicarían que dicho monitoreo no es garante de un estado nutricional normal en el niño/a, pues quienes registran dichas aseveraciones tienden a ser, mayormente, los tutores del grupo de Sobrepeso/Obesidad.

Para contrastar el nivel de responsabilidad percibida en los resultados de nuestra investigación sobre la frecuencia en la que los padres son los responsables de la alimentación

de sus hijos decidiendo el tipo correcto de comida en conjunto a las porciones de ingesta, con otros estudios, hemos encontrados investigaciones similares como la de Mallan et al. (2013) quienes investigaron un grupo de tutores más amplio que el de nuestra investigación, sumando un total de 400 padres, los resultados de los autores antes mencionados señalan que en un 42% los padres son los responsables de organizar al menos en la mitad del tiempo la comida de sus hijos/a, decidiendo el tipo de alimento correcto en un 60% de los casos y cuánta cantidad deben consumir (50%). Asimismo, Wansink (2006), siguiendo la misma línea de alimentación infantil, define a los responsables de comprar y cocinar los alimentos dentro del hogar como “Porteros Nutricionales”, quienes en su investigación aseveran ser en un 72% de los casos, los encargados de controlar el consumo de alimentos de sus hijos/as tanto fuera como dentro del hogar.

Retomando el trabajo realizado por Mallan et al. (2013) en la misma investigación se declara que el 79% de los padres informó comer en familia a menudo/mayoría de las veces. Estar presente al momento en el que el niño ingiere sus alimentos, supone un mayor nivel de compromiso y responsabilidad en la alimentación del niño por parte del padre, pues es ahí donde puede regular de forma directa la porción y el tipo de alimento que están consumiendo. Al respecto, el informe del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos sobre la participación de los padres en la alimentación de sus hijos/as, postula que el 72% de los tutores de menores de 5 años, comen con ellos todos los días (Jones y Mosher, 2013).

Si bien en la gran mayoría de los casos expuestos los padres y/o tutores están presentes en las comidas de sus hijos/as y además se preocupan de la elección de alimentos junto a su respectiva porción, nuestra investigación no es la excepción, sin embargo los resultados son sumamente preocupantes; Ya que con una puntuación casi perfecta (2.99 puntos) de responsabilidad percibida por parte de los padres de niños/as con IMC de sobrepeso/obesidad, queda en evidencia que la gran mayoría de ellos estaría llevando a cabo malas prácticas alimenticias en sus hogares, pues lo que afirman hacer es incongruente con el hábito de alimentación saludable, repercutiendo directamente sobre el estado nutricional de sus hijos/as, quienes ya poseen sobrepeso u obesidad. Investigaciones en la materia respaldan la teoría de que los comportamientos de alimentación de los padres influyen en el peso del niño.(Webber et al, 2010a, Webber et al, 2010b). Esto podría sugerir que la relación entre la percepción positiva sobre la responsabilidad para interpretar el rol de proveedor y regulador de comidas no asegura el estado nutricional de “Normal” en sus hijos/as.

El papel que deben llevar a cabo los tutores en los aspectos relacionados con la alimentación de sus hijos/as debe ser de primera importancia, más aún si el núcleo familiar no se encuentra en su peso óptimo. Debido a la importancia de la responsabilidad, Golan (2004) definió a los padres como “Agentes de cambio” en la intervención del sobrepeso y obesidad en niños/as menores de 12 años. Loveman et al. (2015) sugieren que dichas intervenciones deberían estar dirigidas en brindarle la responsabilidad a los padres en materias de actividad física y alimentación en el entorno familiar para implementar cambios en el estilo de vida, concluyendo en una opción de tratamiento efectivo para el combate del sobrepeso en niños/a entre las edades de 5 a 11 años.

4.2 Percepción del peso del padre o persona que responde el cuestionario y el de su hijo/a

Respecto a la percepción de los padres y/o tutores sobre el peso de sus hijos se este estudio presenta datos alarmantes ya que el 55,3% de los padres de niños con sobrepeso/obesidad los percibe como bajo peso, mientras que el 42,1% los percibe como normal. A partir de esto, Chávez et al. (2016), quienes investigaron la alteración de la percepción del estado nutricional por parte de los padres de preescolares demostraron que el 97,7% de los padres de niños con sobrepeso/obesidad subestimaron el peso de sus hijos clasificándolos como normal. Del mismo modo, los resultados presentados por Rietmeijer-Mentink, Paulis, van Middelkoop, Bindels & van der Wouden (2012) en su revisión de 51 artículos, indicaron que 11530 niños presentaban sobrepeso y de ellos el 64,2% fueron percibidos erróneamente como normal por sus padres.

Los datos expuestos anteriormente evidencian una problemática que posiblemente pueda desencadenar enfermedades en edades tempranas y adultas si es que no se realiza una intervención exitosa. Freedman et al. (2001); Dietz y Robinson (2005) nos dicen que el sobrepeso de inicio en la infancia representa el 25% de la obesidad adulta y persiste en un IMC más alto en la edad adulta, en comparación con obesidad de inicio adulto (Rietmeijer-Mentink et al. 2013,). Por otro lado, Angarita, Martinez, Rangel, Betancourt & Prada (2014) quienes investigaron las determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos, establecen que:

La subestimación del peso corporal puede catalogarse como un factor de riesgo para la obesidad infantil, ya que, si las madres y cuidadores ven a sus hijos con menor peso del que realmente tienen, no será un problema ofrecer más comida e incluso permitirles el consumo de alimentos hipercalóricos (dulces, gaseosas, caramelos, entre otros) (p.380).

Respecto a la autopercepción de los padres o tutores Binkin et al. (2011) explican la influencia del ambiente para las diferentes etapas de la vida, ya que, si se crece en un ambiente obesogénico y/o con prevalencia de obesidad, las percepciones se pueden modificar normalizando o subestimando el sobrepeso u obesidad. Esta influencia no solo afecta la autopercepción de los padres respecto a su propio peso, sino que también afectan a la percepción que estos puedan tener sobre el estado nutricional de sus hijos.

4.3 Preocupación de los padres acerca del peso del niño

Dentro de los resultados de este estudio, se puede señalar que los padres, con respecto al pensamiento o la preocupación acerca del peso de los niños, el 81,8% de padres de niños con un IMC normal que no se preocupan por la alimentación de los hijos, así mismo declaran no estar preocupado por los alimentos que consume su hijo mientras él no se encuentra presente. Por otro lado, en los niños con un IMC de sobrepeso/obesidad, existe un 47,4% que declara no estar preocupado por lo que come su hijo cuando él no está, lo que provoca que los niños puedan comer lo que quieran y sin que exista alguien que los limite y controle.

A partir de lo anterior, se hace alarmante el alto porcentaje de padres, quienes declaran no estar preocupados por la situación nutricional de sus hijos. Al respecto, Domínguez et al. (2008) señala que: “En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación” (p.4); esto refleja la importancia que tienen los padres a la hora de medir los alimentos de sus hijos y por ende evitar alzas de peso y posteriores enfermedades que conllevan la mala alimentación.

También, de la misma manera con respecto a la preocupación de los padres sobre que los chicos y chicas tengan una dieta para mantener un peso deseado, los resultados de este estudio señalan que el 68,2% de los padres de niños con IMC normal declara no estar

preocupados de la dieta que mantienen sus hijos para mantener el peso, así como también en los chicos y chicas con un IMC sobrepeso/ obesidad los padres con un 44,8% declaran no estar preocupados de la dieta de sus hijos para la mantención de un peso ideal. lo que se puede traducir a que el estado nutricional de los niños pueda cambiar o siga empeorando si es que no se tiene un seguimiento adecuado de los alimentos que ellos están ingiriendo. Tomando en cuenta que:

La madre alimenta al hijo de acuerdo con sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo, las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción. (Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos, 2002)

Con esto podemos explicar por qué en que los padres de niños con IMC sobrepeso/obesidad en un gran porcentaje no tienen preocupación por la dieta de sus hijos y debido a esto los encontramos dentro de esta categorización.

Considerando los resultados de este estudio, podemos señalar que la preocupación de los padres debe estar enfocada en la dieta que consume el niño en presencia o ausencia de un adulto y la actividad física que realiza. Al respecto Moore et al. (2012) quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue la búsqueda de los factores asociados a la preocupación de los padres y su preocupación en la dieta y si esta preocupación se relaciona con acciones tomadas para mejorar la dieta y la actividad física de los hijos; indicaron que las posibles soluciones o cambios que se pueden realizar para combatir la obesidad infantil de los niños, son cambiar la dieta alimenticia, disminuir el tiempo de pantallas y no saltarse las comidas son claves para cambiar la situación actual de los niños.

4.4 Monitoreo

Es en la etapa infantil cuando se incorporan la mayor cantidad de hábitos y prácticas alimenticias, donde la manera de alimentarse, sus futuras preferencias y rechazos frente a ciertos alimentos, pueden jugar un rol fundamental en la selección y forma de alimentación de los niños, más aún cuando se ha demostrado que es la madre la principal responsable de la transmisión a sus hijos de las pautas alimentarias, al establecer modelos autoritarios o

permissivos, en aspectos como la elección, tipo, cantidad y horarios de cada comida, es por esta razón que los datos obtenidos en el rango de edad de entre 5-11 años son tan importante, ya que, la frecuente exposición frente a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia ciertos alimentos con ocasiones o eventos específicos (fiestas, castigos, premios, estaciones del año, etc.) lo que ejerce un efecto modulador sobre el comportamiento alimentario del niño, y que en el presente estudio se puede apreciar que dentro del universo de niños con normopeso, en cuanto a la preguntas que guardan relación con el monitoreo en el consumo excesivo de dulces, comida alta en grasa, y con que los niños no consuman mucha de su comida favorita (pregunta 15-20 del cuestionario), desde donde se establece que la media de los padres está ligeramente en desacuerdo con estas afirmaciones (2,07), manteniendo una homogeneidad similar entre las preguntas y sus respuestas, lo que podría indicar claramente indiferencia o despreocupación por parte de los padres, y una baja fiscalización de la cantidad y tipo de alimento que consumen sus hijos. Situación similar ocurre con los niños con sobrepeso/obesidad (2,36), solo que esta vez, se aprecia que hay padres que no les importa en absoluto cuanta cantidad de comida favorita consumen sus hijos/pupilos (mínimo 0,00).

Es en base a refuerzos positivos o negativos, que los niños adoptan preferencias alimentarias, según su experiencia y costumbres que resultan agradables, imitación de modelos, estatus social, disponibilidad de alimentos, tradiciones y cultura, entre otras, que los llevan a seleccionar conductas que se repetirán en el futuro. Si a esa conducta alimentaria se le suma la constante negociación sobre alimentación que rodea a las familias modernas, y en donde generalmente los niños influyen sus decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación con sus padres, crean todo un modelo que generalmente está determinado por el estatus laboral y el tiempo que los padres están en casa para monitorear o fiscalizar el comportamiento alimenticio de sus pupilos.

Es por esta misma razón que la indiferencia que presentan los padres en cuanto a los alimentos que consumen sus hijos puede repercutir fuertemente en el comportamiento y la experiencia que tienen éstos hacia las diferentes comidas, llevando a consumos excesivos de alimentos, dado que los niños consideran esto como una forma de premio, y que generalmente coinciden o resultan ser sus favorito, de acuerdo a una situación sentimental/afectiva, estación del año u otra experiencia que haya tenido previamente y fue

significativa para él, y que por otro lado, generalmente resultan ser dulces o comidas altas en grasa, y en donde los padres no están jugando un rol activo en el control de su ingesta. Esta situación se puede ver expresada y reflejada en la intencionalidad de mantener ciertos alimentos alejados o fuera del alcance de los niños, y en donde los padres de ambos grupos (niños con normopeso y niños con sobrepeso/obesidad) se muestran ligeramente en desacuerdo con esa medida o control, (2,3636 y 2,500 respectivamente).

Por otro lado, si bien los padres de ambos grupos se muestran, ligeramente en desacuerdo con premiar (1,6591 y 1,5263) u ofrecer (1,8182 y 1,7632) su comida favorita o dulces a cambio de un buen comportamiento, y sumado a que por otro lado, ninguno de los encuestados, manifiesta estar ligeramente de acuerdo o en total acuerdo con esta afirmación (máximo =3,00), se podría deducir que no existe tendencia a negociar con ellos de manera consciente, si no que los padres, podrían verse influenciados o manipulados de manera inconsciente por sus hijos, derivando a su vez en una falta de autoridad frente a los menores, y que extrapolado a la revisión literaria realizada por Sleddens, E., Gerards, S., Thijs, C, de Vries, N. & Kremers, S. (2011), quienes determinaron que los padres autoritarios tienen hijos más saludables en términos de nutrición, actividad física y estado de peso, podrían dar explicación a la situación real encontrada en la muestra analizada del presente estudio. Datos o resultados que podrían verse apoyados en la investigación de Blissett, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2006), quienes concluyeron que la falta de control, es decir, una crianza permisiva, generalmente está asociada a una ingesta desfavorable de frutas y vegetales por parte de los niños.

4.5 Restricción

Los datos arrojados por ítem de restricción el cual constaba de seis afirmaciones demuestran que la media de respuestas de estas fue de 2,60 en los padres de niños y niñas con un IMC normal y 2,36 en padres de niños y niñas con sobrepeso. Estos datos no son relevantes para evidenciar una mayor regulación por parte de los padres de niños con un IMC normal, respecto a los padres de niños con sobrepeso, es aquí donde se hace de vital importancia realizar una revisión a la literatura para esclarecer los resultados de las conductas reguladoras de la alimentación por parte de los padres hacia sus hijos.

En la aplicación del CFQ se obtuvo que el 83,3% de las personas que respondieron el cuestionario correspondía a las madres. Es por esto que las conductas o estrategias alimentarias que ejercen las madres sobre sus hijos influye sobre el estado nutricional de ellos y las conductas que estos puedan adquirir a temprana edad, por lo que dependiendo de la preocupación que estos tengan sobre sus hijos se pueden evidenciar diferentes formas de restricción o presión sobre la alimentación tal como lo proponen Francis, Hofer & Birch (2001) (como es citado en Silva, Jiménez-Cruz & Hernández-Medina, 2013) quienes encontraron que la mayor restricción en la alimentación fue por parte de las madres más preocupadas de la alimentación y el peso de sus hijas con sobrepeso. En contraste, se evidencia una mayor presión para comer en situaciones donde sus hijas se encontraban bajo peso.

El factor de restricción en la alimentación por parte de los padres hacia los hijos no siempre otorga resultados positivos o buenas conductas alimentarias a futuro, tal como exponen Birch et al., (2003) quienes en sus resultados referentes a los niveles de restricciones maternas en la alimentación demostraron que las niñas de cinco años que presentaban sobrepeso y un mayor nivel de restricción en su alimentación presentaban una mayor ingesta a los nueve años. Del mismo modo, las niñas con sobrepeso y peso normal, junto con una mayor restricción alimentaria aumentaron sus niveles de alimentación en ausencia de hambre a lo largo del tiempo, esto nos demuestra que no siempre es eficaz esta propuesta restrictiva en niños y niñas ya que a lo largo del tiempo las conductas alimentarias adquiridas pueden ser perjudiciales y su ingesta calórica puede aumentar y sobrepasar los niveles recomendados para sus edades, produciendo así un efecto de ganancia de peso o mantención del sobrepeso.

4.6 Presión para comer

Existe una gran responsabilidad en los padres sobre la alimentación y el peso de sus hijos, ya que son los principales encargados de controlar que es lo que están comiendo y las cantidades. Por lo mismo es que el problema de sobrepeso y obesidad que existe a nivel país es un problema el cual se debe atacar en el hogar, como lo afirma Domínguez et al. (2008): “Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o

permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos” (p.4).

Viendo con los resultados de la tabla 23, sobre la presión y el control que realizan los padres en la alimentación de sus hijos, donde se encontró que en la presión realizada por los padres de niños de con normopeso, la media fue de 2.75 que está más cercano a la respuesta siempre de la encuesta, comparándolo con la media de los padres de niños con sobrepeso/obesidad que fue de 2.67. Estos resultados demuestran, aún por la mínima diferencia que tienen, que cuando hay una mayor preocupación y control de parte de los padres en la alimentación de sus hijos, es más probable que los niños estén dentro de la categoría de normopeso, y que, comparándolo con distintos referentes teóricos, apoyan la idea de que un mayor control en la alimentación de los niños favorece una vida más saludable y un peso más adecuado.

Respaldando lo anterior, el adulto responsable del hogar resulta un factor sumamente importante en los alimentos que se consumen dentro de la casa, es el encargado de preparar las comidas y porciones que se van a ingerir a en el día a día. Por lo mismo, la presencia en la casa de alimentos altos en calorías es responsabilidad de los adultos y el tenerlos resultan un gran incentivo a que los niños coman más calorías, según Clark (2007): un alto nivel de restricción parental de los bocadillos se asocia con una mayor ingesta de energía y aumento de peso en los niños. En contraste, el control "encubierto" de la ingesta de alimentos de los niños controlando el ambiente de la comida para limitar la exposición a alimentos no saludables (es decir, no comprar alimentos poco saludables) reduce la ingesta de bocadillos poco saludables en comparación con el control "abierto" (es decir, comprar los bocadillos, pero no permitiendo el acceso).

Con todo lo visto anteriormente, es que queda claro que los hábitos alimenticios son fuertemente condicionados por el entorno familiar del niño, que influye en sus horarios, tipos de comida, cuando comer tal cosa, etc. Pero un grave problema que cometen los adultos es permitir que los niños coman al mismo nivel de un adulto, lo cual por diferencias de gasto calórico no debería ocurrir y este mismo exceso de calorías es lo que provoca el sobrepeso. Muchas veces los padres provocan este exceso de consumo de calorías, ya que buscando que sus hijos no sufran problemas de desnutrición como era común antiguamente, es que hoy en día obligan a cumplir a los niños los horarios de alimentación correspondientes, aun cuando no sea necesario para el niño, como lo indica Domínguez et al. (2008): “Al estudiar la

relación entre padres e hijos a la hora de la comida, se encontró que un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos. En este sentido, se ha propuesto que los niños poseen una destacable capacidad para modular su ingesta, que se manifiesta en grandes variaciones de consumo al comparar diferentes días, y que es consecuencia de una menor adherencia a las reglas familiares y una mayor respuesta a las señales internas de saciedad y hambre” (p.4), por lo que los adultos deben ser capaces de conocer las necesidades alimenticias de sus hijos y solo satisfacer estas cuando es necesario, lo que ayudaría a disminuir el gran problema que se vive hoy en el mundo como lo es el sobrepeso infantil.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1 CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las principales conclusiones de la investigación, en función de los objetivos planteados. En este contexto, las conclusiones se han agrupado según los siguientes ítems:

- IMC de los padres.
- Responsabilidad, percepción y preocupación de los padres con respecto a la alimentación.
- Monitoreo, restricción y presión de los padres para la alimentación de sus hijos.

A partir de lo anterior se puede señalar lo siguiente:

Con respecto al objetivo específico N°1: Identificar, según la caracterización de los padres y/o tutores, el IMC de los niños y niñas del primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota. Se puede señalar que en un mayor porcentaje de los niños se encuentran en la categoría de normopeso, den segundo lugar un porcentaje considerable de niños y niñas se encuentran en sobrepeso y obesidad. Con respecto a los datos de caracterización de los padres, específicamente en el nivel educativo más alto alcanzado; se puede señalar que los padres de niños normopeso, sobrepeso y obesos tienen la enseñanza media completa, como nivel de enseñanza más alto alcanzado. Por otro lado, en cuanto a la actividad laboral de los padres y/o tutores se puede concluir que aquellos adultos que trabajan tienen hijos en sobrepeso y obesidad; en cambio aquellos niños que son normopeso, sus padres no realizan una actividad remunerada; por tanto, se puede concluir que la permanencia en el hogar, por trabajo puede influir en el estado nutricional de los niños. Finalmente, y relacionando el IMC de los padres y/o tutores con el de sus hijos, se puede concluir que los padres que presentan sobrepeso u obesidad tienen hijos con el mismo estado nutricional; por tanto, se puede señalar que el IMC de los progenitores influiría en el de sus hijos.

Con respecto al objetivo específico N°2: Determinar la responsabilidad, percepción y preocupación de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota, se puede concluir que con respecto a la responsabilidad de los padres y/o tutores con

respecto a la frecuencia de alimentación, las porciones servidas y la definición de los alimentos, los padres y/o tutores se autoasignan un alto nivel de control de estas variables en la alimentación de sus hijos, independiente del estado nutricional (normopeso, sobrepeso y obesidad); no obstante son los padres de niños con sobrepeso y obesidad, los que indican tener una mayor responsabilidad en las porciones de las comidas, la frecuencia de alimentación y la definición de la ingesta alimenticia, en comparación con los niños categorizados como normopeso.

Al determinar la percepción de los padres según su propio IMC en diferentes períodos de su vida, podemos concluir que, en todos los períodos etarios consultados a los padres de los niños con sobrepeso y obesidad, inclusive en la actualidad, se auto perciben como bajo peso y normopeso. Situación que se repite para los niños clasificados como normopeso. Por tanto, se puede destacar que la autopercepción de los padres es errada al compararla con el estado nutricional de sus hijos.

Finalmente, al relacionar la percepción que tiene el padre con respecto al estado nutricional de sus hijos en diferentes períodos etarios; podemos concluir que en todos los períodos en los cuales se consultó su percepción del estado nutricional de su hijo, estos consideran que se encuentran bajo peso o normopeso, esto de manera transversal para aquellos niños que luego de las mediciones, se clasificaron como normopeso, sobrepeso y en obesidad. Por lo que podemos determinar, que la percepción de los padres podría influir directamente, en la ingesta alimentaria de sus hijos, principalmente cuando son ellos los que asumen tener mayor responsabilidad en cuanto a las porciones, frecuencia y definiciones de alimentos.

Finalmente con respecto al objetivo específico N°3: Identificar la preocupación, el monitoreo, restricción y presión para alimentarse de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC, normopeso y obesidad, de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota; es necesario señalar que los padres de niños normopeso no se preocupan mayormente de la alimentación de sus hijos, cuando ellos los adultos no están presentes; situación que se repite cuando se les consulta por la dieta de sus hijos y el aumento o mantención del peso. Por tanto, se puede señalar que los niños normopeso poseen una mayor libertad a la hora de mantener el peso y la dieta que llevan.

Esta situación cambia a la hora de referirnos a niños con sobrepeso y obesidad, donde los padres señalan estar preocupados de la alimentación de sus hijos cuando ellos no están, de la dieta para mantener el peso y del aumento del peso que demuestra su hijo. Por lo que

podemos indicar que los padres de niños en sobrepeso y obesidad se mantienen al menos alerta de la situación de sus hijos.

Con respecto al monitoreo de la alimentación, tanto los padres de niños clasificados como normopeso, sobrepeso y obesidad, están más pendientes de la comida chatarra que sus hijos ingieren, misma situación ocurre cuando se trata de la comida favorita y la ingesta de sus hijos. Por otro lado, existe concordancia en que tanto padres de niños normopeso, en sobrepeso y obesidad no establecen la comida como un refuerzo positivo.

Al referirnos a las restricciones que ejercen los padres y/o tutores sobre los niños, podemos señalar que aquellos niños que han sido clasificados como normopeso, poseen mayor vigilancia de sus padres a la hora de regular la alimentación de sus hijos, esto en comparación a aquellos niños con sobrepeso y obesidad.

Finalmente, a la hora de ejercer presión para evitar la ingesta de productos altos en azúcares, grasas saturadas y snacks, son los padres de niños categorizados como normopeso quienes reciben un mayor control por parte de sus progenitores. Esto en comparación de los padres de niños con sobrepeso y obesidad, quienes tienen un comportamiento más flexible al respecto.

En suma, se puede indicar que los padres influyen directamente en el estado nutricional de sus hijos; así mismo los niños que poseen mayores libertades, menor monitoreo y mayor flexibilidad a la hora de alimentarse, por parte de sus padres, tienen mayor tendencia al sobrepeso y obesidad.

5.2 PROYECCIONES

Para expandir los alcances de nuestra propuesta investigativa y abrirla a futuras investigaciones, podemos agregar una serie de detalles y factores en la recolección de datos que ayuden a obtener información más precisa para profundizar en la temática. Entregando antecedentes más completos y específicos relacionados con la percepción del propio peso en apoderados y sus hijos(as) y acerca del sobrepeso propiamente tal.

El primero de ellos es una adaptación del cuestionario a la realidad nacional, ya que el instrumento es bastante pertinente para obtener información sobre la percepción que tienen padres y/o tutores sobre la alimentación de sus hijos.

Por otra parte, es necesario que incluir estrategias que permitan estimar con mayor el estado nutricional en el cual se encuentran los apoderados al momento de formar parte de la investigación. Para esto, se sugiere implementar mejores técnicas de estimación de la composición corporal, considerando aquellas de orden indirectas o doblemente indirectas. Pues estudios como el de “La paradoja Y-Y” realizado por Yajnik y Yudkin (2004) dejan en evidencia la inexactitud del IMC, el cual no discrimina entre un sujeto con exceso de tejido adiposo y un sujeto con alta masa muscular, ya que asume que individuos de la misma talla y peso poseen el mismo riesgo cardiovascular.

Por otra parte, consideramos que otra variable de estudio podría estar relacionada con la imagen corporal de los individuos, con respecto a esto se sugiere añadir láminas con modelos corporales que contengan ejemplos de los diversos somatotipos, ya que se comprende que un apoyo visual podría entregar más información sobre la temática. Se sugiere, por tanto, el uso de las siluetas de la escala de Gardner para la evaluación de la imagen corporal (1999) o como es el caso de estudios como el de Fehrman et al. (2016) sobre la “Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética”, al entregar láminas para ambos sexos de “Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos” diseñadas por Montero et al. (2004).

La profundización sobre dichas influencias develará un panorama completo sobre el por qué se adquiere el sobrepeso, o las consecuencias que tiene a nivel cognitivo esta condición.

Finalmente, se sugiere avanzar en los niveles de actividad física que realizan de los padres e hijos/as durante la semana. Creemos que la inclusión de esta variable podría develar mayores antecedentes sobre las variables que pueden influir en la adquisición de estados saludables.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

6. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M., Ortegón, A., Mur Villar, N., Sánchez, J., García, J., García, I., & Sánchez, A. (2014). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 727-740. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7680>

Al-Qaoud N.M., Al-Shami E. & Prakash P. (2010) Kuwaiti mothers' perception of their preschool children's weight status. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 31, 505–510

American Academy of Pediatrics. (2001). Media violence. *Pediatrics* 2001; 108: 12226.

Amigo, Hugo, Bustos, Patricia, Erazo, Marcia, Cumsille, Patricio, & Silva, Claudio. (2007). Factores determinantes del exceso de peso en escolares: Un estudio multinivel. *Revista médica de Chile*, 135(12), 1510-1518. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001200002>

Angarita, A., Martínez, A., Rangel, C., Betancourt, M., & Prada, G. (2014). Determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca, Colombia, 2012. *Revista Chilena De Nutrición*, 41(4), 372-382. doi: 10.4067/s0717-75182014000400005

Aristóteles (s.f). *La política* traducción de Pedro Simón Abril. Ediciones nuestra raza, Madrid. 1-257

Binkin, N., Spinelli, A., Baglio, G., & Lamberti, A. (2013). What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism And Cardiovascular Diseases*, 23(5), 410-416. doi: 10.1016/j.numecd.2011.09.006

Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. (2001) Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001; 36: 201-210.

Birch, LL, Fisher, JO y Davison, KK (2003). Aprender a comer en exceso: el uso de prácticas de alimentación restrictivas por parte de la madre promueve que las niñas coman en ausencia de hambre. *The American Journal of Clinical Nutrition* , 78 (2), 215-220.

Blissett J., Meyer, C. & Farrow, C. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems. *Int J Eat Disord*, 37(2), 127-34.

Blissett, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, 47, 212–219.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).

Cabello, M., & Zuñiga, J. (2007). Aspectos interpersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *CIENCIA UANL*, X(2), 183-188.

Cantalops Ramón, J., Ponseti Verdaguer, F., Vidal Conti, J., Borràs Rotger, P., & Palou Sampol, P. (2015). Adolescencia, sedentarismo y sobrepeso: análisis en función de variables sociopersonales de los padres y del tipo de deporte practicado por los hijos (Adolescence, physical inactivity and overweight: analysis based on socio-personal variables of the paren. *Retos*, 0(21), 5-8. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/34595/18715>

Chávez, K., Rodríguez, J., Santos, J., Segovia, J., Altamirano, D., & Matías, V. (2016). Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 114(3), 237-242. doi: 10.5546/aap.2016.237

Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health* 2007;29:132-41.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., y Dietz, W.H. (2000). Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: estudio internacional. *British Medical Journal*, 320, 1-6.

Díaz P, Marcela. (2000). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Revista chilena de pediatría*, 71(4), 316-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000400006>

Díaz, E. (2006). Diagnostico nutricional de niños entre 3 y 5 años que asisten al jardín infantil "La gotita" de Puerto Montt, durante el primer semestre del año 2006 (Licenciatura). Universidad austral de Chile.

Dietz W.H. & Robinson T.N. (2005) Clinical practice. Overweight children and adolescents. *The New England Journal of Medicine* 352, 2100–2109.

Domínguez Vásquez, P., Olivares Cortés, S. y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123925>

Faienza, M., Wang, D., Frühbeck, G., Garruti, G., & Portincasa, P. (2016). The dangerous link between childhood and adulthood predictors of obesity and metabolic syndrome. *Internal And Emergency Medicine*, 11(2), 175-182. doi: 10.1007/s11739-015-1382-6

Fehrman-Rosas, Pamela, Delgado-Sánchez, Claudia, Fuentes-Fuentes, Jessica, Hidalgo-Fernández, Andrea, Quintana-Muñoz, Carol, Yunge-Hidalgo, Wilma, Fernández-Godoy, Eloina, & Durán-Agüero, Samuel. (2016). Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 649-654. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.274>

Fonseca, A. (2014). Percepción de los padres de familia sobre el estado nutricional de sus hijos preescolares y su efecto en el consumo de alimentos (Licenciatura). Universidad Rafael Landívar.

Fox, D.J. (1987). *El proceso de investigación en educación* (2ª ed.) Pamplona: EUNSA.

Freedman D.S., Khan L.K., Dietz W.H., Srinivasan S.R. & Berenson G.S. (2001) Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 108,712–718.

Gardner, R., Stark, K., Jackson, N., & Friedman, B. (1999). Development and Validation of Two New Scales for Assessment of Body-Image. *Perceptual And Motor Skills*, 89(3), 981-993.

Guerrero, N., Campos, O., & Luengo, J. (2005). Factores que intervienen en la modificación de hábitos alimentarios no adecuados en la provincia de Palena. Recuperado de [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/Factores que intervienen en los habitros alimentarios.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/Factores%20que%20intervienen%20en%20los%20habitros%20alimentarios.pdf)

Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting Parents Exclusively in the Treatment of Childhood Obesity: Long-Term Results. *Obesity Research*, 12(2), 357-361. doi: 10.1038/oby.2004.45

Heilmann, A., Rouxel, P., Fitzsimons, E., Kelly, Y., & Watt, R. (2017). Longitudinal associations between television in the bedroom and body fatness in a UK cohort study. *International Journal Of Obesity*, 41(10), 1503-1509. doi: 10.1038/ijo.2017.129

Herdman M, Baró E (2000). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. En: Badía X, Podzamczer D. *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. 1ª ed. Madrid: Jarpuyo Editores. p. 19-33.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. México, México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., & Barnekow, V. (2016). Growing up unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey). *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 7

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2000). *Guías alimentarias para la población colombiana menor de dos años*. Ministerio de salud, Bogotá, Colombia.

Jones, J., & Mosher, W. (2013). Fathers' Involvement With Their Children: United States, 2006–2010. *National Health Statistics Report*, 71, 1-22.

Junta nacional de auxilio escolar y becas (JUNAEB). (2017). Mapa nutricional 2017. Recuperado de <https://www.junaeb.cl/wpcontent/uploads/2013/03/MapaNutricionalpresentacio%CC%81n2.pdf>

Klünder-Klünder, M., Cruz, M., Medina-Bravo, P., & Flores-Huerta, S. (2011). Padres con sobrepeso y obesidad y el riesgo de que sus hijos desarrollen obesidad y aumento en los valores de la presión arterial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(6), 438-446. Recuperado en 23 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462011000600006&lng=es&tlng=es.

Loaiza M, Susana, & Atalah S, Eduardo. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Revista chilena de pediatría*, 77(1), 20-26. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100003>

Loveman E, Al-Khudairy L, Johnson RE, Robertson W, Colquitt JL, Mead EL, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. (2015) Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD012008. DOI: 10.1002/14651858.CD012008

Lundahl, A., Kidwell, K., & Nelson, T. (2014). Parental Underestimates of Child Weight: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*, 133(3), e689-e703. doi: 10.1542/peds.2013-2690

Macias, A, Gordillo, L, & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>

Maziak, W., Ward, K., & Stockton, M. (2007). Childhood obesity: are we missing the big picture?. *Obesity Reviews*, 9(1), 35-42. doi: 10.1111/j.1467-789x.2007.00376.x

Mallan, K., Nothard, M., Thorpe, K., Nicholson, J., Wilson, A., Scuffham, P., & Daniels, L. (2013). The role of fathers in child feeding: perceived responsibility and predictors of participation. *Child: Care, Health And Development*, 40(5), 715-722. doi: 10.1111/cch.12088

Manzur, Fernando, Alvear S, Ciro, & Alayón, Alicia. (2009). El perfil epidemiológico del sobrepeso y la obesidad y sus principales comorbilidades en la ciudad de Cartagena de Indias. *Revista Colombiana de Cardiología*, 16(5), 194-200. Retrieved May 23, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332009000500002&lng=en&tlng=es.

Ministerio de educación. Gobierno de Chile. (2013). Programa de educación física y salud 5° básico. Revisado en <http://www.curriculumnacional.cl/inicio/1b-6b/quinto-basico/educacion-fisica-y-salud/>

Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2010). Encuesta nacional de consumo alimentario. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf

Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2010). Encuesta nacional de salud (2009-2010). Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de salud. Gobierno de Chile (2017). Encuesta nacional de salud (2016-2017). Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17-PRIMEROS-RESULTADOS.pdf>

Montero, P., Morales, E., & Carbajal, Á. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116. Retrieved from <http://www.didac.ehu.es/antropo>

Moore, L., Lombardi, D., White, M., Campbell, J., Oliveria, S., & Ellison, R. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *The Journals Of Pediatrics*, 118(2), 215-219.

Moore, L., Harris, C., & Bradlyn, A. (2011). Exploring the Relationship Between Parental Concern and the Management of Childhood Obesity. *Maternal And Child Health Journal*, 16(4), 902-908. doi: 10.1007/s10995-011-0813-x

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* (2nd ed., pp. 31-32). Buenos Aires: Huemul.

Moscovici, S. & Vignaux, G. (1994) Le concept de thémata. In Gruimelli (dir) *Structures et transformations des représentations sociales. Textes de base en sciences sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.

Muñoz-Cano, J., & Córdova-Hernández, J., & Boldo-León, X. (2012). Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 18 (3), 87-95.

NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, Volume 390 , Issue 10113 , 2627 – 2642.

Olivares C, Sonia, Bustos Z, Nelly, Moreno H, Ximena, Lera M, Lydia, & Cortez F, Silvana. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 33(2), 170-179. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000200006>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Alimentación sana*. Revisado en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=44B5A757580C89BFF5034D47EEE589A0?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). Obesidad y sobrepeso. Revisado en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Global nutrition monitoring framework: Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259904/9789241513609-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la salud (2018). Global Nutrition Policy Review 2016 – 2017: Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition (DRAFT). Recuperado de: <http://www.who.int/nutrition/topics/global-nutrition-policy-review-2016.pdf>

Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista chilena de nutrición, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>

Petkeviciene, J., Klumbiene, J., Kriaucioniene, V., Raskiliene, A., Sakyte, E., & Ceponiene, I. (2015). Anthropometric measurements in childhood and prediction of cardiovascular risk factors in adulthood: Kaunas cardiovascular risk cohort study. BMC Public Health, 15(1). doi: 10.1186/s12889-015-1528-5

Restrepo M., S., & Maya Gallego, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, 19 (36), 127-148.

Reilly, J.J., y Wilson, D. (2006). Childhood obesity. British Medical Journal, 333(7580), 1207-1210.

Rico, S., Rodríguez, F. J., Fernández, G. G., Calderón, J. F., & Álvarez, M. M. (2016). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y obesidad infantil en Valverde de Leganés. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 17-29.

Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W., van Middelkoop, M., Bindels, P., & van der Wouden, J. (2012). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 9(1), 3-22. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x

Sarzoza, S. (2007). Enfoques de Aprendizaje y Formación en Competencias en Educación Superior. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.

Seyednasrollah, F., Mäkelä, J., Pitkänen, N., Juonala, M., Hutri-Kähönen, N., & Lehtimäki, T. et al. (2017). Prediction of Adulthood Obesity Using Genetic and Childhood Clinical Risk Factors in the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *CLINICAL PERSPECTIVE. Circulation: Cardiovascular Genetics*, 10(3), e001554. doi: 10.1161/circgenetics.116.001554

Silva, C., Jiménez-Cruz, B., & Hernández-Medina, A. (2013). Factores Relacionados con las Prácticas Maternas de Control Alimentario en Preescolares. *Acta De Investigación Psicológica*, 3(3), 1298-1310. doi: 10.1016/s2007-4719(13)70968-2

Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., de Vries, N. K. & Kremers S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J PediatrObes*, Jun; 6(2-2): e12-27. doi: 10.3109/17477166.2011.566339

Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62. Recuperado en 28 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462004000800004&lng=es&tlng=es.

Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563-570. doi: 10.1006/pmed.1999.0585

UNICEF (2016). Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

Vega, P., Álvarez, A., Bañuelos, Y., Reyes, B., & Hernández, M. (2015). Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 182-187. doi: 10.1016/j.reu.2015.08.003

Villagrán Pérez, S., Rodríguez-Martín, A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Nieto, J. M., & Lechuga Campoy, J. L. (2010). Habits and lifestyles modifiable in children with overweight and obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 823-831. Recuperado en 23 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500022&lng=es&tlng=en.

Vio del R, Fernando, Salinas C, Judith, Lera M, Lydia, González G, Carmen Gloria, & Huenchupán M, Carolina. (2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 34-39. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300005>

Wansink, B. (2006). *Mindless eating: why we eat more than we think*. New York: Bantam Books

Warkentin, S., Mais, L., Latorre, M., Carnell, S., & de Aguiar Carrazedo Taddei, J. (2018). Relationships between parent feeding behaviors and parent and child characteristics in Brazilian preschoolers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1). doi: 10.1186/s12889-018-5593-4

Webber L., Cooke L., Hill C., Wardle J. Child adiposity and maternal feeding practices. A longitudinal analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(2010), pp. 1423-1428

Webber L., Hill C., Cooke L., Carnell S., Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64 (2010), pp. 259-265.

Xu, C., Quan, M., Zhang, H., Zhou, C., & Chen, P. (2018). Impact of parents' physical activity on preschool children's physical activity: a cross-sectional study. *Peerj*, 6, e4405. doi: 10.7717/peerj.4405

Yajnik, C., & Yudkin, J. (2004). The Y-Y paradox. *The Lancet*, 363(9403), 163. doi: 10.1016/s0140-6736(03)15269-5

CAPÍTULO VII

ANEXOS

7. ANEXOS

Anexo 1



Viña del Mar, Marzo 2018

Sr. Marco Berenguela Silva
Director
Escuela República de México
Presente

Junto con saludar, mediante la presente, nos es grato presentarnos como un grupo de estudiantes tesistas de la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. En la actualidad nos encontramos realizando nuestro trabajo de título el cual lleva por nombre “Creencias, actitudes y prácticas de los padres y / o tutores con relación al estado de sobrepeso y obesidad de su hijo”, investigación dirigida por la profesora Jacqueline Páez y el profesor Juan Hurtado Almonacid.

A partir de lo anterior es que se solicita su autorización para la participación de los niños y niñas, del primer ciclo básico del establecimiento. A partir de lo anterior, este proyecto tiene como objetivos principales:

- Identificar, según la caracterización de los padres y/o tutores, el IMC de los niños y niñas del primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.
- Determinar la responsabilidad, percepción y preocupación de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC de los niños pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.
- Identificar la preocupación, el monitoreo, restricción y presión para alimentarse de los padres y/o tutores con respecto a la alimentación, según el IMC, normopeso y obesidad, de los niños

pertenecientes al primer ciclo básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.

La colaboración de su comunidad en esta investigación, consistirá en ser parte de la muestra central del estudio, lo cual se realizará mediante métodos no invasivos tales como: medición de factores de disponibilidad corporal, mediciones antropométricas, cuestionarios, entre otros. Como equipo, esperamos realizar esta investigación durante los meses marzo - mayo del presente año.

El equipo responsable del proyecto y la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso asegura la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que la participación de su establecimiento no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo.

Sin otro particular y desde ya agradeciendo su tiempo y gestión, se despiden cordialmente,

Estudiantes Escuela de Educación Física

Nelson Cáceres

Adolfo Morales

Valentín Mercado

Roberto Palma

Fabian Prunester



Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación “Creencias, actitudes y prácticas de los padres y / o tutores con relación al estado de sobrepeso y obesidad de su hijo”

Dirigido a Padres de niños y niñas de establecimiento educacional Escuela República de México.

Mediante la presente, se le solicita su autorización para la participación de su hijo/hija en el estudio enmarcado en el Proyecto de investigación que tiene como objetivo principal **Creencias, actitudes y prácticas de los padres y / o tutores con relación al estado de sobrepeso y obesidad de su hijo”** de la escuela República de México de la comuna de Quillota, realizado por los estudiantes Nelson Cáceres, Adolfo Morales, Valentín Mercado, Roberto Palma y Fabian Prunster y conducida por los profesores: Dra. Jacqueline Páez Herrera y Mg. Juan Hurtado Almonacid, perteneciente a la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

En función de lo anterior es pertinente la participación de su hijo/hija/pupilo en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

La colaboración de su hijo/hija en este estudio, consistirá en ser parte de la muestra central del estudio, lo cual se realizará mediante mediciones del Índice de Masa Corporal, y la aplicación del cuestionario CFQ, dirigido a padres y/o tutores de los niños y niñas.

La participación en este estudio no implica ningún riesgo para su hijo/hija, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la salud e integridad física y psíquica de quienes participen del estudio. El acto de autorizar la participación de su hijo/hija/pupilo en este estudio es absolutamente libre y voluntario. Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre la participación de su hijo/hija/pupilo en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio.

Desde ya le agradecemos su participación



Fecha _____

Yo _____, apoderado(a)
de _____, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente que mi hijo/hija/pupilo participe en la investigación que tiene por objetivo Determinar las creencias, actitudes de los padres y/o tutores de niños de primer a cuarto básico de un establecimiento municipal de la Comuna de Quillota.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de la participación. Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que se puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que es posible el retiro del mismo cuando así se desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre la participación en este estudio o solicitar información sobre los resultados, puedo contactar al estudiante Valentín Mercado de la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso al correo electrónico runvm28@gmail.com.

Nombre y firma del participante

**Nelson Cáceres
Adolfo Morales
Valentín Mercado
Roberto Palma
Fabian Prunester**

Anexo 3

Estudiante	
------------	--



PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATOLICA
DE VALPARAISO

Cuestionario de Alimentación Infantil CHILD FEEDING QUESTIONNAIRE (CFQ)

El presente cuestionario tiene por objetivo levantar información de los padres respecto a responsabilidad percibida sobre la alimentación, sobre el propio peso y del peso del niño, además del monitoreo y restricción de la alimentación del niño.

Datos del niño						
Edad	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (comuna)			Género	
					M	F
Nº de hermanos	Lugar que ocupa (entre los hermanos)	Tipos de institución educativa (Señale con una X)			Curso	
		Municipal	P. Subv.	P. Pagado		
Señale con una X los momentos de alimentación que provee la institución educativa			Tiene alguna enfermedad o problema médico (Señale con una X)			
Desayuno					Si	
Media mañana (colación)	Otros				No	
Almuerzo	Ninguno				¿Cuál?	
Datos del padre o/ tutor						
El cuestionario debe ser respondido por la persona que esté más al tanto de la alimentación del niño/a.						
Parentesco	Edad	Peso (kgs.)	Talla (cms.)	Trabaja actualmente		
				Si	No	
Nivel de escolaridad (marque con una X el		Ingresos mensuales familiares		Nº de personas que		

nivel más alto alcanzado)	(Señale con una X)		viven en el hogar.	
Básica	200 Mil - 300 mil			
Media	301 mil - 400 mil		Tipo de vivienda	
Técnico profesional	401 mil - 500 mil		Propia	
Universitaria	501 mil - 600 mil		Arrendada	
Posgrado	Más de 601 mil		Familiar	

Marque con una X el casillero que representa su preferencia con respecto a cada una de las preguntas presentadas.

A. Responsabilidad percibida

Preguntas	Nunca	Rara vez	Alguna vez	La mayoría de las veces	Siempre
1. Cuándo su hijo/a está en casa ¿Con qué frecuencia es usted el responsable de su alimentación?					
2. Cuando su hijo está en familia, ¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir el tamaño de las porciones de comida que come su hijo/a?					
3. Cuando su hijo está en familia, ¿Con qué frecuencia es usted el responsable de definir si su hijo/a ha comido el tipo correcto de comida?					

B. Percepción del peso del padre o persona que responde el cuestionario y el de su hijo/a

Preguntas	Marca do bajo peso	Con bajo peso	Normal	Sobre peso	Marcado sobre peso
4. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se veía usted mismo /a cuando tenía entre 5 -10 años?					
5. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se veía usted mismo/a cuando era adolescente?					
6. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se veía así mismo/a cuando tenía entre 20- 30 años?					

(Responder sólo si tiene más de 30 años)					
7. Respecto a su propio peso, ¿Cómo se ve usted mismo/a en la actualidad?					
8. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo veía durante el primer año de su vida?					
9. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo veía a los 2 años?					
10. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo veía cuando tenía 3-5 años? (si su hijo/a es menor de 6 años pase a la pregunta 12)					
11. Respecto al peso de su hijo/a ¿Cómo lo ve usted en la actualidad?					

C. Preocupación de los padres acerca del peso del niño

Preguntas	No estoy preocupado	Estoy un poco preocupado	Estoy preocupado	Estoy bastante preocupado	Estoy muy preocupado
12. ¿Qué tan preocupado está usted sobre si su hijo/a come demasiado cuando usted no está cerca?					
13. ¿Qué tan preocupado está acerca de que su hijo/a tenga una dieta para mantener un peso deseado?					
14. ¿Qué tan preocupado está de que su hijo/a esté ganando peso?					

D. Monitoreo

Preguntas	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo
15. Tengo que asegurarme de que mi hijo/a no come muchos dulces (dulces, helado, pasteles, etc.)					
16. Tengo que asegurarme de que mi hijo/a no come					

mucha comida alta en grasa.					
17. Tengo que asegurarme de que mi hijo no come mucha cantidad de su comida favorita					
18. Intencionalmente mantengo algunas comidas fuera del alcance de mi hijo/a					
19. Le ofrezco dulces a mi hijo/a como premio por su buen comportamiento					
20. Le ofrezco a mi hijo/a su comida favorita a cambio a cambio de buen comportamiento					

E. Restricción

Preguntas	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo
21. Si yo no regulara o guiara la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer demasiada comida chatarra					
22. Si yo no regulara o guiara la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer demasiada cantidad de su comida favorita					
23. Mi hijo/a siempre debería comer toda la comida de su plato					
24. Tengo que estar especialmente atento para asegurarme de que mi hijo/a come lo suficiente.					
25. Si mi hijo/a dice "No tengo hambre", trato de que coma de todas maneras.					
26. Si yo no regulara o					

guiara la alimentación de mi hijo/a, él/ella podría comer mucho menos de lo que debería.					
--	--	--	--	--	--

F. Presión para comer

Preguntas	Nunca	Rara vez	Alguna vez	La mayoría de las veces	Siempre
27. ¿Qué tanto usted controla los dulces que come su hijo/a?					
28. ¿Qué tanto usted controla los snacks que come su hijo/a? (doritos, papitas, etc.)					
29. ¿Qué tanto usted controla las comidas altas en grasa que come su hijo/a?					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

2	2	1	2	1-2-3	2	1	28	70	162	2	1	1	3	2	5	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	1	1	4	4	3	
4	2	1	2	1-3	2	2	35	65	160	1	3	3	3	1	4	2	5	3	3	3	3	4	3	3	1	1	1	5	5	4	
			2																												
			2																												
			3																												
			3																												
2	2	1	3	1-3	2	1	29	.	.	2	2	2	2	.	3	5	5	3	4	.	4	3	3	4	3	3	3	3	5	5	5
			3																												
			3																												
			3																												
			3																												
.	.	.	3	1-2-3	1	1	1	5	5	5	4	4	.	3	3	3	4	4	3	3	3	1	2
			3																												
2	2	1	3	1-2	1	3	58	120	.	2	2	1	4	1	5	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	1	1	.	1	3	
3	3	1	3	1-3	2	1	47	88	158	1	5	5	4	1	4	5	5	3	4	3	4	3	3	3	1	1	1	4	3	3	
			3																												
3	1	1	3	1-3	2	1	47	.	.	2	4	1	.	1	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5
			3																												
			3																												
			3																												
			3																												
			3																												
1	2	1	3	3	2	1	36	.	.	2	2	2	4	1	5	5	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	
2	1	1	3	1-2-3	2	4	51	76	160	1	3	2	.	3	5	5	5	.	3	3	2	3	4	3	1	5	5	3	5	5	
2	1	1	3	1-2	2	3	58	120	.	2	2	1	4	1	5	4	3	3	3	4	3	3	3	2	1	5	1	3			
			3																												
3	4	1	3	1-2-3	1	44	90	.	.	1	2	1	8	5	5	5	1	3	3	4	2	3	3	3	5	5	5	5	4		
			3																												
0	1	1	3	.	1	1	42	80	160	2	2	1	.	1	5	5	5	2	3	4	4	.	3	4	5	5	5	4	4		
			3																												
2	1	1	3	1-3	.	1	35	.	.	4	2	.	.	2	5	5	5	3	4	3	3	3	4	4	5	4	4	5	5	5	
			3																												
			3																												
2	2	1	3	1-3	2	1	41	.	.	2	2	1	3	1	5	5	3	3	3	5	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	
			3																												
1	.	1	3	3	.	2	37	78	.	1	1	2	3	2	5	5	3	3	3	4	3	3	.	4	5	3	4	5	5	5	

Anexo 6

2	1	47	78	-	###	###	1	2	1	4	1	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	5
2	1	45	84	-	###	###	2	1	3	-	1	4	5	4	2	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3
2	1	36	62	-	###	###	2	2	1	4	1	5	5	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
-	1	38	58	15	2,31	25,1	1	2	1	-	3	5	5	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2
2	1	32	75	16	2,43	30,8	1	2	4	-	1	5	5	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	5
2	1	52	58	15	2,28	25,4	-	2	-	-	2	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
1	1	47	61	-	###	###	1	2	2	3	1	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	1	42	85	17	2,72	31,2	2	2	1	4	2	5	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	5
2	1	34	74	17	2,62	26,2	2	2	3	5	1	4	4	4	2	2	3	3	4	3	4	3	2	1	
2	1	32	-	-	###	###	1	3	1	4	1	5	5	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1
1	1	28	54	14	2,07	26	1	2	1	8	3	5	5	3	3	-	3	4	4	3	4	3	2	2	
2	1	46	85	-	###	###	1	1	1	3	1	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
2	1	35	58	15	2,37	24,5	1	2	1	3	1	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
2	1	50	80	-	###	###	2	1	1	-	1	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
1	1	33	80	16	2,53	34,7	1	2	2	-	2	5	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1
2	1	45	80	15	2,34	34,2	2	2	1	-	1	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	1	28	73	17	2,72	26,8	1	3	3	4	5	5	3	3	4	4	5	3	3	4	4	5	3	4	4
2	1	45	56	-	###	###	1	2	1	-	3	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
1	1	27	87	16	2,62	33,2	1	3	4	4	2	5	5	5	4	4	-	5	3	3	3	3	3	3	3
2	1	44	49	16	2,4	20,4	2	3	3	-	1	5	5	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1
1	1	40	60	-	###	###	2	2	-	-	1	5	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	1	40	60	-	###	###	2	2	1	-	1	5	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	5
-	2	28	78	-	###	###	1	2	5	-	2	5	5	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	5

0		0		0	0
1		0		0	0
2	Obesidad	3		1	0
1	obesidad	3		1	3
3		0		1	2
3		0		1	1
3	obesidad	3		1	2
1	sobrepeso	2		1	0
2	sobrepeso	2		1	0
2	obesidad	3		1	2
3	obesidad	3		1	3
2	normal	1		1	2
1	normal	1		1	2
2	normal	1		1	2
3	sobrepeso	2		1	2
1	sobrepeso	2		1	1
1		0		1	0
1		0		1	1
1	sobrepeso	2		1	2
2	obesidad	3		1	2
1	obesidad	3		1	1
1	sobrepeso	2		1	3
1	sobrepeso	2		1	2
3	sobrepeso	2		1	0
3	normal	1		1	3
2	obesidad	3		1	2
1	sobrepeso	2		1	3
1	sobrepeso	2		1	3
1	normal	1		1	0
1		0		1	1
1	normal	1		1	3
1	sobrepeso	2		1	0
1	sobrepeso	2		1	2
1	normla	1		1	2
2	normal	1		1	1
1	obesidad	3		1	2
1	sobrepeso	2		1	3
2	sobrepeso	2		1	0
3		0		1	3
1		0		1	2
1	obesidad	3		1	1
3	sobrepeso	2		1	0
3		0		1	3
3		0		1	2
1	sobrepeso	2		1	3
1	obesidad	3		1	1
3	obesidad	3		2	3
2	obesidad	3		2	2
3		0		2	3
3		0		2	1
2		0		2	1
3	sobrepeso	2		2	3
1	obesidad	3		2	3
1		0		2	1
2		0		2	2
1	normal	1		2	3
1	obesidad	3		2	0
3	sobrepeso	2		2	0
1		0		2	2
2	sobrepeso	2		2	2
3		0		2	3
3	normal	1		2	0
3		0		2	2
1	sobrepeso	2		2	0
2	sobrepeso	2		3	0
1	sobrepeso	2		3	0
1	normal	1		3	3
1	sobrepeso	2		3	3
2	obesidad	3		3	2
1	obesidad	3		3	2
1		0		3	1
1	obesidad	3		3	0
1	sobrepeso	2		3	2
2		0		3	0
2	sobrepeso	2		3	0
2		0		3	3
1	normal	1		3	0
1		0		3	0
1	obesidad	3		3	2
3	obesidad	3		3	2
1	sobrepeso	2		3	0
0		0		3	1
1	obesidad	3		3	0
1	normal	1		3	3

Anexo 7

Género		Parentesco		P.1 a P.3	
Masculino	1	Madre	1	Nunca	1
Femenino	2	Padre	2	Rara vez	2
		Abuelo	3	Alguna vez	3
Establecimiento		Abuela	4	La mayoría de la veces	4
Municipal	1	Otro	5	Siempre	5
P. Subvencionado	2				
P. Pagado	3				
				P.4 a P.11	
				Marcado bajo peso	1
Alimentación		Trabaja actualmente		Con bajo peso	2
Desayuno	1	si	1	Normal	3
Colación (media mañana)	2	no	2	Sobre peso	4
Almuerzo	3			Marcado sobre peso	5
Otros	4	Nivel de escolaridad			
Ninguno	5	Básica	1		
		Media	2	P.12 a P.14	
Enfermedad		Técnico profesional	3	No estoy preocupado	1
Si	1	Universitaria	4	Estoy poco preocupado	2
No	2	Posgrado	5	Estoy preocupado	3
				Estoy bastante preocupado	4
		Ingresos mensuales		Estoy preocupado	5
		200 a 300 mil	1		
		301 a 400 mil	2	P.15 a P.20	
		401 a 500 mil	3	En desacuerdo	1
		501 a 600 mil	4	Ligeramente en desacuerdo	2
		más de 601 mil	5	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3
				Ligeramente de acuerdo	4
		Tipo de Vivienda		De acuerdo	5
		Propia	1		
		Arrendada	2	P.21 a P.26	
		Familiar	3	En desacuerdo	1
				Ligeramente en desacuerdo	2
				Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3
				Ligeramente de acuerdo	4
				De acuerdo	5
				P.27 a P.29	
				Nunca	1
				Rara vez	2
				Alguna vez	3
				La mayoría de la veces	4
				Siempre	5

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00001	44	2,00	3,00	2,9545	,21071
VAR00002	44	2,00	3,00	2,9091	,29080
VAR00003	44	2,00	3,00	2,9091	,29080
VAR00004	44	,00	3,00	1,9545	,37070
VAR00005	44	2,00	3,00	2,1136	,32104
VAR00006	44	,00	3,00	1,8636	,97863
VAR00007	44	2,00	3,00	2,6136	,49254
VAR00008	44	2,00	3,00	2,1364	,34714
VAR00009	44	2,00	3,00	2,1364	,34714
VAR00010	44	,00	3,00	1,7045	,76492
VAR00011	44	,00	3,00	2,0000	,52827
VAR00012	44	1,00	3,00	1,8409	,71343
VAR00013	44	1,00	3,00	1,9773	,82091
VAR00014	44	,00	3,00	1,7955	,82348
VAR00015	44	1,00	3,00	2,8571	,41739
VAR00016	44	1,00	3,00	2,7727	,52223
VAR00017	44	1,00	3,00	2,7273	,54404
VAR00018	44	,00	3,00	2,3636	,89159
VAR00019	44	,00	3,00	1,6591	,86113
VAR00020	44	1,00	3,00	1,8182	,89632
VAR00021	44	1,00	3,00	2,6818	,63878
VAR00022	44	1,00	3,00	2,6591	,64495
VAR00023	44	,00	3,00	2,5455	,84783
VAR00024	44	1,00	3,00	2,7500	,53374
VAR00025	44	1,00	3,00	2,4773	,76215
VAR00026	44	1,00	3,00	2,5682	,72810
VAR00027	44	2,00	3,00	2,7500	,43802
VAR00028	44	2,00	3,00	2,7500	,43802
VAR00029	44	2,00	3,00	2,7727	,42392
N válido (por lista)	44				

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00001	38	3,00	3,00	3,0000	,00000
VAR00002	38	3,00	3,00	3,0000	,00000
VAR00003	38	2,00	3,00	2,9737	,16222
VAR00004	38	,00	3,00	2,1053	,50881
VAR00005	38	2,00	3,00	2,2632	,44626
VAR00006	38	,00	3,00	2,0526	,83658
VAR00007	38	2,00	3,00	2,4211	,50036
VAR00008	38	,00	3,00	1,9474	,39915
VAR00009	38	,00	3,00	2,0000	,40269
VAR00010	38	,00	3,00	2,0526	,73328
VAR00011	38	,00	3,00	2,3684	,63335
VAR00012	38	1,00	3,00	2,4737	,60345
VAR00013	38	1,00	3,00	2,5000	,60404
VAR00014	38	,00	3,00	2,3158	,80891
VAR00015	38	1,00	3,00	2,7632	,54198
VAR00016	38	1,00	3,00	2,8947	,38831
VAR00017	38	,00	3,00	2,7895	,57694
VAR00018	38	,00	3,00	2,5000	,83017
VAR00019	38	,00	3,00	1,5263	,86170
VAR00020	38	1,00	3,00	1,7632	,91339
VAR00021	38	,00	3,00	2,5263	,95115
VAR00022	38	,00	3,00	2,6053	,85549
VAR00023	38	,00	3,00	2,2632	1,03151
VAR00024	38	,00	3,00	2,4474	,89132
VAR00025	38	,00	3,00	2,0000	1,01342
VAR00026	38	,00	3,00	2,3421	1,02077
VAR00027	38	,00	3,00	2,6842	,84166
VAR00028	38	,00	3,00	2,6579	,84714
VAR00029	38	,00	3,00	2,6842	,84166
N válido (por lista)	38				

Notas					
Salida creada	14-MAY-2018 11:18:41				
Comentarios					
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1			
	Filtro	<ninguno>			
	Ponderación	<ninguno>			
	Segmentar archivo	<ninguno>			
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	44			
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.			
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.			
Sintaxis	FREC	VAR00007	44	0	
	VARI	VAR00007			R00001
	VARC	VAR00003			00003
	VARC	VAR00006	44	0	00005
	VARC	VAR00006	44	0	00007
	VARC	VAR00005	44	0	ANALISIS.
	/OR	VAR00005	44	0	Analizador
Recursos	Tiem	VAR00005	44	0	00:00:00.01
	Tiem	VAR00005	44	0	00:00:00.00
		VAR00004	44	0	
		VAR00003	44	0	

VAR00001					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	1	2,3	2,3	2,3
	bajo peso	1	2,3	2,3	4,5
	con bajo peso	41	93,2	93,2	97,7
	Normal	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00002					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	1	2,3	2,3	2,3
	bajo peso	1	2,3	2,3	4,5
	con bajo peso	41	93,2	93,2	97,7
	Normal	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00003					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	39	88,6	88,6	88,6
	Normal	5	11,4	11,4	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00004					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	8	18,2	18,2	18,2
	con bajo peso	26	59,1	59,1	77,3
	Normal	10	22,7	22,7	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00005					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	17	38,6	38,6	38,6
	Normal	27	61,4	61,4	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00006					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	38	86,4	86,4	86,4
	Normal	6	13,6	13,6	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00007					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	38	86,4	86,4	86,4
	Normal	6	13,6	13,6	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00008					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	7	15,9	15,9	15,9
	con bajo peso	36	81,8	81,8	97,7
	Normal	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Frecuencias

Notas		
Salida creada	14-MAY-2018 11:24:13	
Comentarios		
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	38
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis	FREQU	S
	VARIABLE	/AR00001
	VAR00001	R00003
	VAR00002	R00005
	VAR00003	R00007
	/ORDI	ALYSIS.
Recursos	Tiempo procesador	00:00:00.01
	Tiempo de envío	00:00:00.00

Tabla de frecuencia

VAR00001					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	32	84,2	84,2	84,2
	Normal	6	15,8	15,8	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00002					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	28	73,7	73,7	73,7
	Normal	10	26,3	26,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00003					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	3	7,9	7,9	7,9
	con bajo peso	25	65,8	65,8	73,7
	Normal	10	26,3	26,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00004					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	con bajo peso	22	57,9	57,9	57,9
	Normal	16	42,1	42,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00005					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	bajo peso	1	2,6	2,6	2,6
	con bajo peso	35	92,1	92,1	94,7
	Normal	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00006					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	1	2,6	2,6	2,6
	con bajo peso	35	92,1	92,1	94,7
	Normal	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00007					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	3	7,9	7,9	7,9
	con bajo peso	27	71,1	71,1	78,9
	Normal	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00008					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	1	2,6	2,6	2,6
	con bajo peso	21	55,3	55,3	57,9
	Normal	16	42,1	42,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Frecuencias

Notas		
Salida creada	14-MAY-2018 13:06:29	
Comentarios		
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	44
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLE VAR00001 VAR00002 VAR00003 /ORDEN Y ANÁLISIS.	
Recursos	Tiempo usado	00:00:00.01
	Tiempo disponible	00:00:00.00

Tabla de frecuencia

VAR00001					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	No estoy preocupado	15	34,1	34,1	34,1
	No estoy preocupado	21	47,7	47,7	81,8
	estoy preocupado	8	18,2	18,2	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00002					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	No estoy preocupado	15	34,1	34,1	34,1
	No estoy preocupado	15	34,1	34,1	68,2
	estoy preocupado	14	31,8	31,8	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

VAR00003					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	1	2,3	2,3	2,3
	No estoy preocupado	17	38,6	38,6	40,9
	No estoy preocupado	16	36,4	36,4	77,3
	estoy preocupado	10	22,7	22,7	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Frecuencias

Notas		
Salida creada	14-MAY-2018 13:11:41	
Comentarios		
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	38
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 /ORDER=ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.01
	Tiempo transcurrido	00:00:00.00

Estadísticos				
	VAR00001	VAR00002	VAR00003	
N	Válido	38	38	38
	Perdidos	0	0	0

Tabla de frecuencia

VAR00001					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	No estoy preocupado	2	5,3	5,3	5,3
	No estoy preocupado	16	42,1	42,1	47,4
	estoy preocupado	20	52,6	52,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00002					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	No estoy preocupado	2	5,3	5,3	5,3
	No estoy preocupado	15	39,5	39,5	44,7
	estoy preocupado	21	55,3	55,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

VAR00003					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	,00	1	2,6	2,6	2,6
	No estoy preocupado	5	13,2	13,2	15,8
	No estoy preocupado	13	34,2	34,2	50,0
	estoy preocupado	19	50,0	50,0	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Frecuencias IMC papás

Notas		
Salida creada	14-MAY-2018 17:18:35	
Comentarios		
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	44
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLES=VAR00006 /ORDER=ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.00
	Tiempo transcurrido	00:00:00.00

Estadísticos		
VAR00006		
N	Válido	44
	Perdidos	0

VAR00006					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	No contesta	9	20,5	20,5	20,5
	normal	8	18,2	18,2	38,6
	sobrepeso	16	36,4	36,4	75,0
	obesidad	11	25,0	25,0	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Frecuencias

Notas		
Salida creada	14-MAY-2018 17:19:41	
Comentarios		
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	38
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLES=VAR00006 /ORDER=ANALYSIS.	
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.00
	Tiempo transcurrido	00:00:00.00

Estadísticos		
VAR00006		
N	Válido	38
	Perdidos	0

VAR00006					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	No contesta	13	34,2	34,2	34,2
	normal	5	13,2	13,2	47,4
	sobrepeso	10	26,3	26,3	73,7
	obesidad	10	26,3	26,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

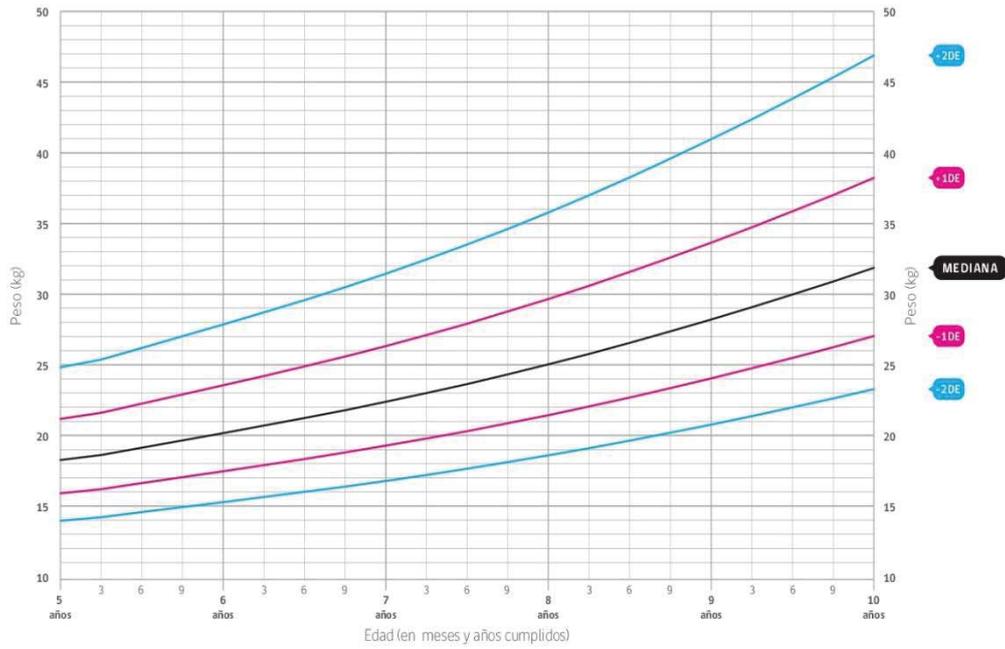
Anexo 9



Peso por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 10 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Peso por edad (P.E.)

5 años 1 mes a 10 años

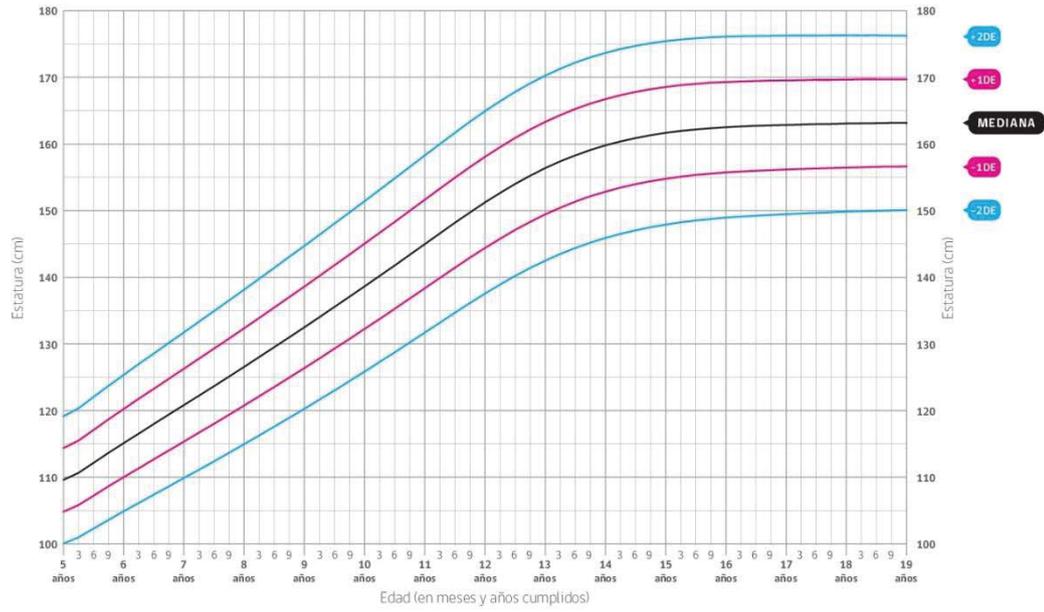




Estatura por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Talla por edad (T/E)

5 años 1 mes a 19 años

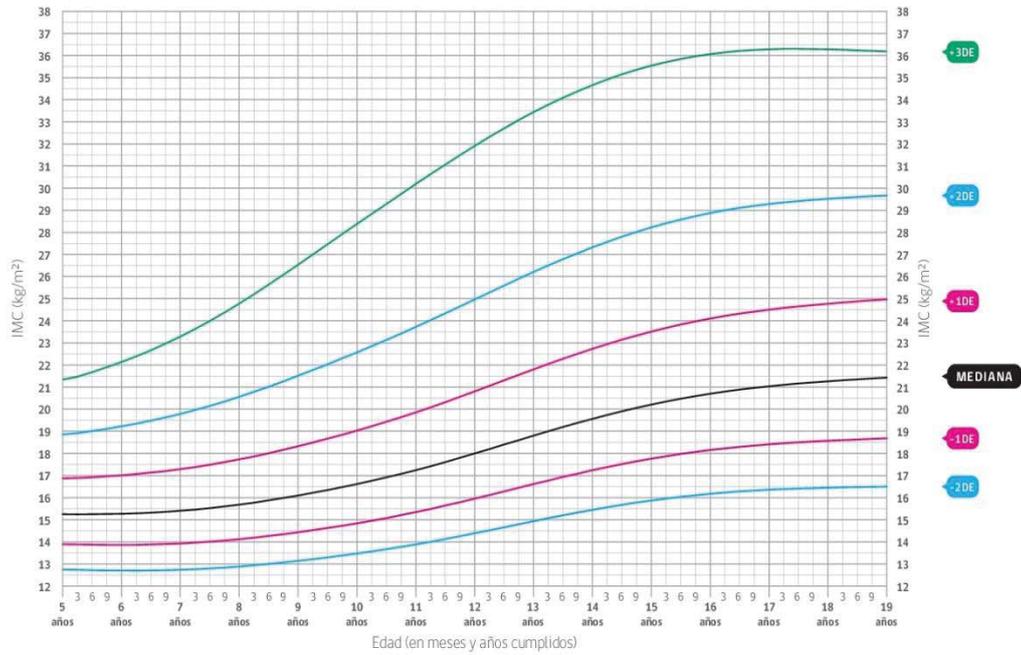




IMC por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

IMC por edad (IMC/E)

5 años 1 mes a 19 años

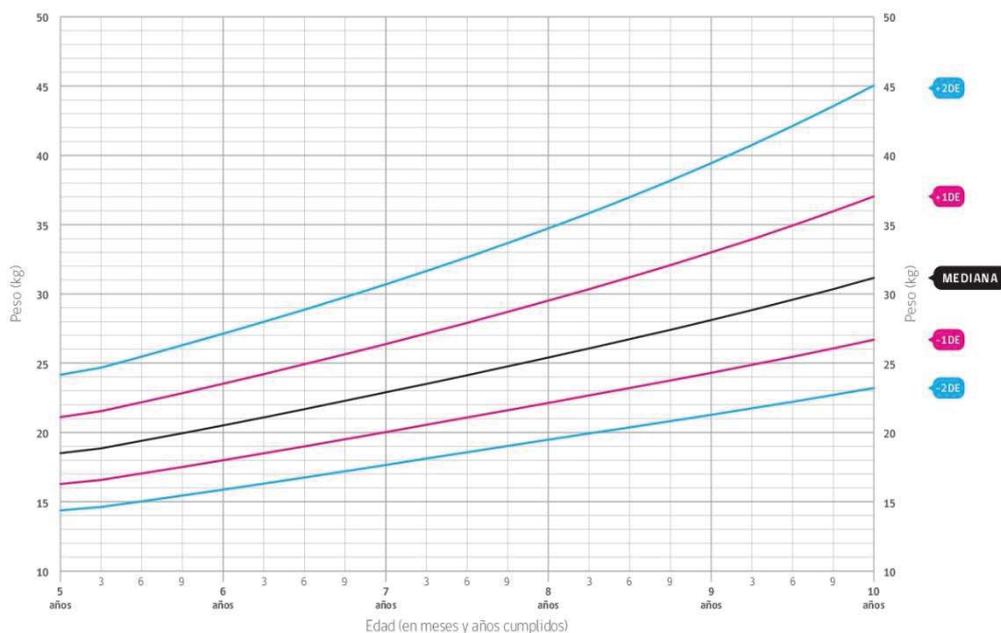




Peso por edad en niños y adolescentes de 5 años 1 mes a 10 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Peso por edad (P/E)

5 años 1 mes a 10 años



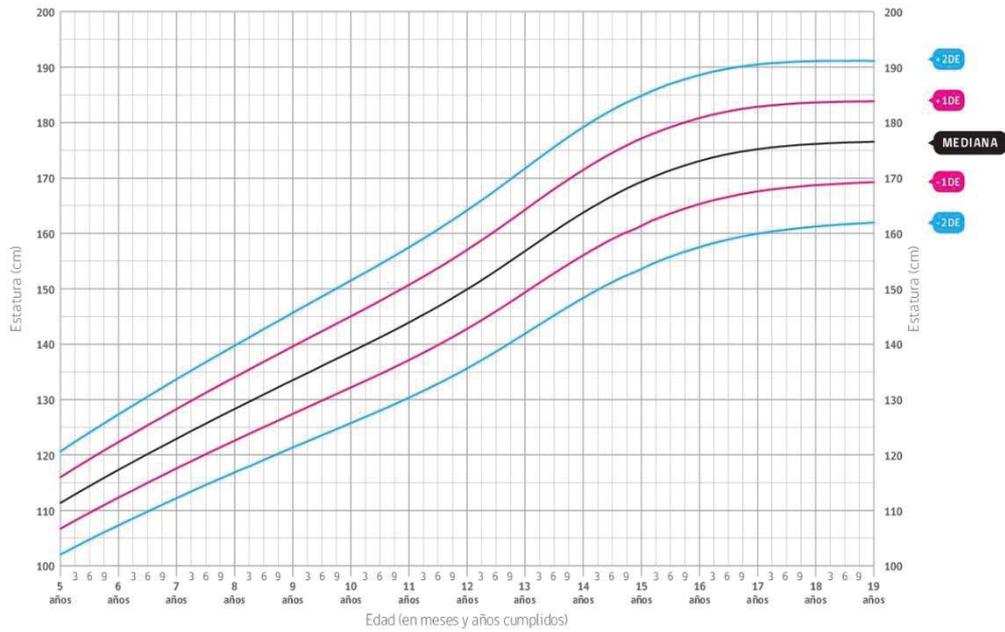
60



Estatura por edad en niños y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Talla por edad (T/E)

5 años 1 mes a 19 años





IMC por edad en niños y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

IMC por edad (IMC/E)

5 años 1 mes a 19 años

