



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

**“Creencias y actitudes de los padres sobre la alimentación de niños de primer ciclo básico de tres colegios de diferente dependencia administrativa en la ciudad de Viña del Mar.”**

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

TESISTAS

Pamela Covarrubias Cisternas.

Ignacio Maldonado Quiroga.

Diego Salinas Acevedo.

Jossefa Tolosa Urquiza.

PROFESOR GUIA  
JACQUELINE PAEZ HERRERA

VIÑA DEL MAR, 2018



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

**“Creencias y actitudes de los padres sobre la alimentación de niños de primer ciclo básico de tres colegios de diferente dependencia administrativa en la ciudad de Viña del Mar.”**

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

TESISTAS

Pamela Covarrubias Cisternas.

Ignacio Maldonado Quiroga.

Diego Salinas Acevedo.

Jossefa Tolosa Urquiza.

PROFESOR GUIA

JACQUELINE PAEZ HERRERA

VIÑA DEL MAR, 2018

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer en esta oportunidad, a nuestra profesora guía, la Dra. Jacqueline Páez Herrera, por el acompañamiento y el apoyo brindado en este arduo proceso, quien, con sus conocimientos, experiencia y compromiso, nos orientó a la realización de esta investigación.

Agradecer de la misma forma, a nuestra escuela de educación física, que, junto a sus profesores, nos entregaron su conocimiento y sabiduría, los cuales hoy nos forjan como los futuros docentes de la educación para la actividad física y la salud.

Para finalizar, queremos destacar y agradecer a los establecimientos que participaron en esta investigación, los cuales nos permitieron y facilitaron la aplicación de los instrumentos evaluativos y nos encaminaron a la realización de esta tesis.

## DEDICATORIAS

“El paso por la universidad es un proceso enriquecedor, nos llenamos de experiencias, conocimiento, amistades y recuerdos que quedarán en nuestra memoria. Este trabajo investigativo es el término del proceso que nos hace crecer como profesionales, damos un paso al mundo laboral, ya no como estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, sino como profesores de Educación física y salud.

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a mi familia, mi madre María Alejandra Cisternas Morales, quien siempre estuvo ahí para apoyarme en todo lo que conlleva estudiar sobre todo cuando se tiene una gran responsabilidad como ser madre. A mi padre Luis Esteban Covarrubias Arellano, quien también me dio su apoyo incondicional en la toma de decisiones respecto a mi futuro. También dedico parte de este trabajo al padre de mi hija quien me apoyo en todo momento y fue parte de este largo proceso.

Finalmente, a mi hija, que fue el motivo principal para esforzarme cada día en esta etapa, gracias a ella puedo decir que he dado lo mejor de mí en todos los ámbitos de mi vida.”

**Pamela Soledad Covarrubias Cisternas**

“En primer lugar le dedico el presente trabajo a mi familia, quien ha sido un pilar fundamental durante toda mi estadía en la universidad, acompañándome y apoyándome en todas las decisiones que he tomado a lo largo de todos estos años y forjándome día a día para ser la persona que soy hoy.

Dedicárselo en especial a mis padres, Bonifacio De los Ángeles Maldonado Vázquez y Escolástica Del Pilar Quiroga Vera, quienes con su apoyo, consejos y cariño han generado la confianza necesaria para afrontar todos los desafíos que me he propuesto, y la constancia y perseverancia para lograr todas las metas que he conseguido hasta ahora, tanto en lo valórico como en lo profesional. También a mis hermanos, a mis primos a quienes considero como mis hermanos, a mis tíos y tías, quienes han estado en todo momento a mi lado, apoyándome en todas las decisiones que he tomado a lo largo de todas mis etapas en formación. Por último, agradecer a la universidad, profesores, funcionarios y a nuestra tutora Jacqueline Páez, quienes, con sus conocimientos, consejos y enseñanzas, me han formado como el profesor de educación física que soy hoy.

Muchas gracias a todos.”

**Ignacio Andrés Maldonado Quiroga**

“Esta tesis la dedico a mis padres Juan Salinas Mena y María Teresa Acevedo Veas, por el apoyo brindado durante mi proceso en la universidad, debido a que fueron ellos los que me motivaron a no decaer en los momentos de flaqueza.

A mis hermanos que gracias a sus consejos me ayudaron en este arduo proceso el cual está culminando de manera significativa.

A los amigos de universidad, profesores de la escuela y todo el personal administrativo ya que gracias a ellos se pudo adquirir los conocimientos y tener una estadía propicia dentro del campus.

Por último, agradecer aquellas personas que físicamente no están presentes, pero siempre están en mi corazón recordándolos con nostalgia y agradecimientos debido a que fueron parte importante en mi formación como persona.”

**Diego Nicolás Salinas Acevedo**

“Los seres humanos estamos hechos de experiencias; derrotas o triunfos que al fin y al cabo nos van formando. Esta experiencia afortunadamente es el primero de mis triunfos, el cual no hubiese sido posible gracias a mis amigos y a lo más grande que tengo, mi familia.

A mi padres, hermanos y amigos por su apoyo durante estos años y cariño incondicional y a todos quienes nos brindaron su ayuda esperando nada a cambio.”

**Jossefa Tolosa Urquiza**

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	iv
DEDICATORIAS .....	v
ÍNDICE.....	ix
Índice de Tablas .....	xiii
Índice de Figuras .....	xiv
Resumen .....	xv
ABSTRACT.....	xvi
Introducción .....	2
1. Marco Teórico .....	6
1.1 Actividad Física .....	6
1.1.2 Nivel de Actividad Física.....	7
1.2 Sedentarismo Ligado a la Actividad Física .....	7
1.3 Condición Física .....	8
1.4 Salud Infantil.....	9
1.4.1 Estado Nutricional.....	12
1.5 Padres y la Adquisición de Hábitos .....	12
1.6 Adquisición de Hábitos de la Salud .....	14
1.7 La Escuela.....	14
1.8 Medios de Comunicación .....	15
1.9 La Familia .....	16
1.10 Tipos de Administración Educativa.....	17
1.10.1 Dependencia Municipal.....	17
1.10.2 Dependencia Subvencionada .....	18

1.10.3	Dependencia Particular.....	19
2.	Diseño de la Investigación .....	22
2.1	Planteamiento del Problema .....	22
2.2	Justificación del Problema.....	23
2.3	Preguntas de Investigación .....	25
2.4	Objetivos de la Investigación.....	25
2.4.1	Objetivo General.....	25
2.4.2	Objetivos Específicos.....	26
2.5	Metodología .....	26
2.6	Método de Investigación .....	26
2.7	Tipo de Estudio .....	27
2.8	Diseño y Enfoque de la Investigación.....	27
2.9	Población .....	27
2.10	Muestra .....	28
2.11	Instrumentos.....	29
2.11.1	Medición Índice de Masa Corporal (IMC).....	29
2.11.2	Cuestionario aplicado a padres .....	30
2.12	Procedimiento.....	31
2.13	Protocolo de Evaluación .....	31
2.14	Limitaciones del Estudio.....	32
2.15	Técnicas de Recogida de Datos.....	32
2.16	Tratamiento Estadístico .....	32
3.	Resultados .....	34
3.1	Relación IMC/Edad.....	34
3.2	Responsabilidad percibida.....	37

3.3	Percepción peso padre e hijo .....	37
3.3.1	Percepción de los padres respecto de su propio cuerpo .....	37
3.3.2	Percepción de los padres respecto al peso de sus hijos .....	40
3.4	Preocupación de los padres respecto del peso del hijo.....	42
3.5	Control de la alimentación de los niños .....	42
3.6	Relación IMC y Tipo de Dependencia Administrativa .....	44
4.	Discusión de los Resultados.....	50
4.1	IMC de los niños y padres según dependencia administrativa .....	50
4.2	Responsabilidad percibida.....	51
4.3	Percepción del peso del padre e hijo .....	52
4.3.1	Percepción del padre acerca de su propio peso.....	52
4.3.2	Percepción del padre acerca del peso de su hijo. ....	53
4.4	Preocupación del padre respecto al peso del hijo .....	54
4.5	Monitoreo de los padres respecto a la alimentación de sus hijos .....	55
4.6	Restricción.....	56
4.7.	Presión para comer .....	58
5.	Conclusiones .....	61
5.1.	Proyecciones.....	63
6.	Bibliografía .....	67
7.	Anexos .....	73
	ANEXO I: Carta al Director .....	73
	ANEXO II: Consentimiento Informado Padres .....	74
	ANEXO III: Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ) .....	76
	ANEXO IV: TABULACIÓN COLEGIO MISERICORDIA.....	81
	ANEXO V.....	82

ANEXO VI: PLANILLA TABULACIÓN COLEGIO MISERICORDIA .....	83
ANEXO VII: PLANILLA TABULACIÓN ALTO MONTE.....	84
ANEXO VII: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS .....	84
ANEXO VIII: TABLAS DE FRECUENCIAS .....	92
ANEXO IX: DESCRIPTIVOS NIÑOS .....	113

## Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de los participantes según dependencia administrativa .....	28
Tabla 2: Criterio de clasificación del Diagnóstico Nacional según el IMC .....	30
Tabla 3: Edad y rango de los niños que participaron de la muestra y variables según su IMC .....	34
Tabla 4: Distribución de los participantes según el IMC .....	35
Tabla 5: Preferencias de los padres en el ámbito de responsabilidad percibida .....	37
Tabla 6: Percepción del propio peso de los padres del establecimiento Municipal.....	38
Tabla 7: Percepción del propio peso de los padres del establecimiento Particular.....	38
Tabla 8: Percepción del propio peso de los padres del establecimiento Subvencionado.	38
Tabla 9: Percepción de padres de establecimiento Municipal respecto al peso del hijo .	40
Tabla 10: Percepción de padres de establecimiento particular respecto al eso de su hijo	40
Tabla 11: Percepción de padres del establecimiento Subvencionado respecto al peso del hijo.....	41
Tabla 12: Preferencia de los padres en la pregunta del ámbito de preocupación de los padres del peso del niño.....	42
Tabla 13: Monitoreo de padres acerca de la alimentación de sus hijos .....	43
Tabla 14: Restricciones .....	43
Tabla 15 Presión de los padres para que sus hijos se alimenten. ....	44
Tabla 16 Frecuencia percepción del padre respecto al peso del hijo de las distintas dependencias en la actualidad .....	46
Tabla 17: Medidas de tendencia central de responsabilidad percibida según dependencia administrativa e IMC.....	46
Tabla 18: Medidas de tendencia central Restricciones de alimentos. ....	47
Tabla 19: Medidas de tendencia central Control alimenticio. ....	47

## Índice de Figuras

Figura 2.1: Cantidad de personas consideradas en el estudio.....	29
Figura 3.1: Estado nutricional estudiantes participantes de la encuesta.....	35
Figura 3.2: Estado Nutricional Padres Encuestados.....	36
Figura 3.3: IMC de padres e hijos según tipo de dependencia administrativa. ....	36
Figura 3.4: Percepción de los padres en el transcurso de los años .....	39
Figura 3.5: Relación de IMC de padres con sobrepeso u obesidad con respecto a su propia percepción .....	39
Figura 3.6: Relación del IMC de estudiantes con sobre peso u obesidad respecto a la percepción de los padres.....	42
Figura 3.7: Clasificación de niños y padres según su IMC en establecimiento Particular. ....	44
Figura 3.8: Clasificación de niños y padres según IMC en establecimiento municipal Escuela México .....	45
Figura 3.9: Clasificación de niños y padres según IMC de Establecimiento Subvencionado Misericordia .....	45

## Resumen

### **“Creencias y actitudes de los padres sobre la alimentación de niños de primer ciclo básico de tres colegios de diferente dependencia administrativa en la ciudad de Viña del Mar.”**

Actualmente los problemas por mal nutrición por exceso son un tema relevante dentro de la salud pública y privada, siendo una epidemia a nivel mundial y del que Chile no está exento. El objetivo de este estudio es identificar las creencias de los padres sobre la alimentación de sus hijos según dependencia administrativa de tres instituciones escolares. Para esto se aplicó un cuestionario de creencias y actitudes a los padres de 198 niños de primer ciclo básico de tres dependencias administrativas. La información recopilada se obtuvo mediante un muestreo de la población estudiantil de niños de un rango etario de entre 6 a 10 años. En complemento a lo anterior, además se especifica a los estudiantes según las tres dependencias administrativas de educación, ya sean particular privado, particular subvencionado y municipal. Utilizaremos un cuestionario de creencias y actitudes hacia los padres. (CFQ). De esta manera se obtiene como resultado principal, la errónea percepción que presentan los padres de niños con sobrepeso y obesidad considerando el 28% a sus hijos con sobrepeso siendo el 42.7% los que presentan índices de masa corporal elevados en el establecimiento Municipal. En conclusión existe una preocupación constante por la alimentación de los niños, pero no hay una restricción adecuada de lo que consumen. Esperamos que nuestra investigación de origen a otros estudios similares dentro de la región.

***Palabras Claves:*** Hábitos alimenticios, sobrepeso infantil, obesidad, padres y salud.

## ABSTRACT

**"Beliefs and attitudes of the parents on the feeding of children of first basic cycle of three schools of different administrative dependence in the city of Viña del Mar."**

Currently the problems of malnutrition due to excess are a relevant issue within public and private health, being an epidemic worldwide and of which Chile is not exempt. The objective of this study is to identify the beliefs of the parents about the feeding of their children according to the administrative dependency of three school institutions. For this a questionnaire of beliefs and attitudes was applied to the parents of 198 children of the first basic cycle of three administrative dependencies. The information collected was obtained by sampling the student population of children in the age range of 6 to 10 years. In addition to the above, students are also specified according to the three administrative departments of education, whether private, subsidized and municipal private. We will use a questionnaire of beliefs and attitudes towards parents. (CFQ). In this way, the main result is the erroneous perception of fathers of overweight and obese children considering 28% of their overweight children, 42.7% of whom have high body mass indexes in the Municipal establishment. In conclusion there is a constant concern for the feeding of children, but there is no adequate restriction of what they consume. We hope our research originates from other similar studies within the region.

***Key words:*** *Food habits, overweight children, obesity, parents and health*

# **INTRODUCCIÓN**

## **Introducción**

Uno de los temas que está latente en el ámbito de la educación y la salud en la actualidad es el aumento exponencial de los factores de riesgo que atenta a la población mundial. Nos encontramos aquí con un grupo clasificado como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como lo son; la dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, obesidad y sobrepeso. Estas dos últimas han aumentado de manera alarmante en los últimos años y es un hecho innegable sobre todo en la etapa de la infancia, las cuales son causadas por el alto consumo de azúcar, sal, grasas, la poca actividad física y los malos hábitos alimentarios.

Estudios realizados por la organización mundial de la salud (OMS) 2016-2017, revelan que más de 41 millones de niños menores de 5 años en todo el mundo presentan obesidad o sobrepeso, en donde el 33,8% presenta sobrepeso y el 43,2% obesidad. En el año 2016, había más de 340 millones de niños y adolescentes (5 a 19 años) con sobrepeso y obesidad y que entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado, mientras que en 1975 había menos de un 1% de niños y adolescentes de 5 a 19 años con obesidad, en 2016 eran 124 millones.

Chile no está alejado a esa realidad, según el Instituto de nutrición y tecnología de alimentos (INTA) nuestro país ocupa el 6to lugar en obesidad infantil y el 1ro en América latina. Ratner et al., (2013), señalan que la obesidad infantil en escolares de primer año básico casi se ha triplicado en los últimos 22 años, aumentando de 8,7% en 1989 a 23,1% el 2011. Por otro lado, según Delgado et al., (2017), un estudio nacional de educación física del año 2013 arrojó que el 56% de los escolares tiene estatus de peso normal, mientras que un 44% presenta sobrepeso u obesidad.

Esta situación se confirma a partir de lo presentado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) que entregó en el año 2017 un mapa nutricional levantado en el año 2016 en los distintos niveles de educación del país, en los cuales se encuentran pre-kínder, kínder y 1ºbásico. El mapa reveló que 660 mil niños se encontraban en niveles de obesidad y sobrepeso, específicamente entre los 5 – 7 años, el 26,4 % se encontraba con sobrepeso y el 23,9 % con obesidad. Las elevadas cifras provocan que la

OMS (2004), genere propuestas de levantamiento de programas educativos que promuevan un estilo de vida saludable que a su vez provoquen hábitos a lo largo de todo el ciclo vital teniendo como objetivo principal el preservar la vida y mantenerse sano. La OMS (2018), además señala que las causas fundamentales del sobrepeso y la obesidad son el desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas.

Cabe destacar que existen diferentes influencias en las conductas alimentarias, según Domínguez, Olivares & Santos (2008), estas involucran el entorno social y familiar del niño, influyendo en esta última las conductas de los padres y/o tutores sobre su propia alimentación y la de sus hijos, ya que conduce a estos a adquirir el mismo tipo de conductas, convirtiéndose la infancia en una etapa crítica en la adquisición de hábitos. Esto lo confirma la OMS (2018), quien señala que a menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo en donde los padres y la escuela invisten un rol fundamental.

Es así como surge la importancia de educar en el área, con un especial énfasis en los contextos en donde los niños y niñas se encuentran insertos, identificar estos contextos obesogénicos e implementar propuestas que faciliten la adquisición de conductas saludables en donde los padres y la escuela son un foco fundamental de este propósito.

Por esta razón, se hace imprescindible analizar, descubrir y levantar información acerca de cómo nuestro entorno influye en la salud de los niños en donde los padres son el foco principal para esta investigación.

La información levantada en el presente trabajo de investigación se presenta en siete capítulos; el primer capítulo corresponde al “Marco Teórico”, el cual detalla las temáticas más importantes y/o relevantes que logran sustentar la investigación, donde se explican los conceptos fundamentales como hábitos de vida saludable, hábitos de alimentación, adquisición de conductas, entre otros, teniendo como objetivo principal este capítulo presentar las concepciones básicas para el entendimiento del tema propuesto.

El segundo capítulo, denominado “Diseño de la Investigación”, presenta el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos que entregan los

lineamientos que guían nuestra investigación, culminando con su respectiva justificación.

Luego el tercer capítulo, denominado “Resultados”, presenta los principales resultados obtenidos de las encuestas realizadas de nuestra investigación, mediante tablas y gráficos explicativos. Para que, en el cuarto capítulo, denominado “Análisis y Discusión de los Resultados”, se presente el análisis crítico de los resultados obtenidos.

Luego el quinto capítulo, denominado “Conclusión”, presentará las principales conclusiones que han surgido a lo largo de este proceso investigativo, en función de los objetivos planteados.

El sexto capítulo, “Bibliografía” presentará los diferentes estudios e investigaciones de diferentes autores que han permitido sustentar las bases teóricas y analizar los resultados de nuestro trabajo de investigación, concluyendo finalmente con los respectivos anexos, que respaldan los procesos que hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1. Marco Teórico**

El Marco Teórico se desenvuelve ligado a los hábitos alimenticios y actividad física que practican los padres de niños con obesidad, poniendo en manifiesto las costumbres que tienen los adultos hoy en día y cómo esto repercute, de manera positiva o negativa, en la alimentación y cuidado que les otorgan a sus hijos.

La etapa de la niñez es muy importante en lo que concierne a la alimentación, ya que es ahí donde el niño crea sus rutinas alimenticias y genera en mayor medida pautas de cómo en un futuro se va a desenvolver en este aspecto. Es en este contexto en donde Quesada (2012), nos habla de un proceso de educación permanente el cual se inicia en los primeros años de infancia y que tiene una orientación al conocimiento propio en todas sus dimensiones, ya sea social como individual, y del ambiente que lo rodea, con el objeto de tener una vida saludable y participar en la salud colectiva.

Lo anterior nos hace reflexionar acerca de nuestra influencia en la sociedad y al estar en constante interacción con nuestro entorno se hace aún más necesario realizar investigaciones que aporten a esta área de estudio. Dado a esto en las siguientes páginas se darán algunos lineamientos que servirán como base para la investigación.

### **1.1 Actividad Física**

Muchos autores definen el concepto de actividad física, se considerará en este informe según la Organización Mundial de la salud (OMS), la cual “considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”, además la práctica de actividad física “se equipara al estilo de vida activo y en movimiento” (Eime et al., 2013), integrando el ejercicio físico (actividades más estructuradas y planificadas) y además de eso, el deporte (actividades conforme a reglas, con finalidad recreativa, profesional, competitiva, social o con fin de mejorar la salud), incluyendo actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan a través de interacciones de juego, o de actividades recreativas que impliquen acción, individual o con otros en diferentes contextos sociales.

Por tanto, la actividad física desempeña un papel fundamental en cualquier etapa de la vida del ser humano, existiendo un consenso entre los profesionales del área, donde la actividad física es esencial para el crecimiento y desarrollo integral de los niños, por lo que la promoción de ejercicio físico, educación física en las escuelas y programas extraescolares deben emerger como alternativas a estilos de vida saludable (Sanz et. al., 2006).

### **1.1.2 Nivel de Actividad Física**

La OMS en sus estudios, hace hincapié en que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Expresa entre sus enunciados que es necesario aumentar el nivel de Actividad Física, siendo una necesidad social y no solo de tipo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea, la cual se espera se genere en forma continua y se practique Actividad Física a diario para tener un mejor estilo de vida.

La OMS, recomienda a este grupo de edad (5-17 años), recomienda que se efectúen 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. Esta debiera ser, en su mayor parte, aeróbica. Las características de la actividad física son juegos, deportes, desplazamientos, ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela.

### **1.2 Sedentarismo Ligado a la Actividad Física**

El sedentarismo aparece unido a la obesidad “en muchas ocasiones, por lo tanto, como elementos que ayudan a la prevalencia del sobrepeso se encuentran el uso de las nuevas tecnologías, la televisión, así como los videojuegos y el ordenador” (Martínez, 2000).

A pesar de que la población a nivel mundial sabe lo positivo y beneficioso que es la práctica de Actividad Física para la salud de los individuos, “un porcentaje elevado de los adolescentes no siguen las recomendaciones de esta práctica de Actividad Física diaria” (Márquez et.al., 2003), haciéndose la población cada vez más sedentaria. Según Tercedor (2001), “un gasto energético de 3 METs podría ser suficiente para obtener beneficios en cuanto a la salud”. Esta tendencia es muy nociva, puesto que la actividad física y el deporte en la infancia representan un factor importante para predecir la actividad posterior (Bailey, 2006).

En los últimos años, estos temas han sido abordados en numerosas investigaciones, en las cuales autores como Sallis et. al., (2000) y Van der Horst et. al., (2007), realizaron revisiones bibliográficas al respecto llegando a distintas conclusiones, entre las cuales los hombres son más activos que las mujeres, la Actividad Física disminuye con el avance de la edad, entre los 13 y 18 años se produce un retroceso, siendo en el hombre más acentuado.

Sallis et al., mantiene la idea de que el descenso de la Actividad Física con la edad es uno de los mayores descubrimientos y que podría guardar relación con la actividad hormonal de los sujetos. Hay quien este abandono lo relaciona con los periodos vacacionales, fuera del ambiente escolar. Este retroceso en los niveles de práctica de actividades deportivas se evidencia más acusado al inicio y final de la adolescencia.

Según la OMS, en los niños y jóvenes inactivos, se recomienda un aumento progresivo, se debe comenzar con una actividad ligera y aumentar gradualmente el tiempo, la duración, la frecuencia y la intensidad.

### **1.3 Condición Física**

Para Navarro (1990), la condición física es una parte de la condición total del ser humano y comprende muchos componentes, cada uno de los cuales es específico en su naturaleza. Supone, por lo tanto, la combinación de diferentes aspectos en diversos grados. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a la condición física como el bienestar integral, articulando lo corporal, mental y social.

Verjorshanski (2000) señala que la condición física es la capacidad de realizar una tarea específica, soportar las exigencias de esa tarea en condiciones específicas de forma eficiente y segura donde las tareas se caracterizan en una serie de elementos que incurren en una atención física y psicológica concreta.

Entrado el siglo XXI, se encuentran dos autores que ya relacionan la condición física a la salud, como lo es el caso de Bouchard, citado por Zaragoza (2004) que plantea que mientras que los factores de la condición física relacionada con el rendimiento, dependen fundamentalmente de factores genéticos, los componentes de la condición física relacionada con la salud se ven más influenciados por las prácticas físicas, asociándose estos, con un bajo riesgo de desarrollar enfermedades derivadas del sedentarismo.

Por otro lado, Rodríguez (2006), señala que el estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio de manera activa, afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que [permita] evitar las enfermedades hipocinéticas, y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual, experimentando plenamente la alegría de vivir.

En Cuba, Hermenegildo José Pila define que la eficiencia física o rendimiento motor, constituye al desarrollo de las capacidades físicas, alcanzadas como consecuencia del fenómeno educativo y formativo, así como la influencia en la infección del medio sobre el organismo del hombre como debe ser.

#### **1.4Salud Infantil**

Hoy en día al hablar de salud abarca al individuo de manera global, debido a que se toma como referencia su estado de forma física, mental y el contexto en el cual está inmerso. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la salud, 2013).

Los recién nacidos, niños y adolescentes son los más afectados en sus inicios al momento de hablar de su salud ya que influye de manera negativa el lugar en el cual

habitan. Si se mantienen las tendencias actuales, 30 millones de recién nacidos morirán durante sus primeros 28 días de vida entre 2017 y 2030. Alrededor de 15 000 niños y niñas fallecieron diariamente en 2016 antes de cumplir cinco años, de los cuales un 46% murieron durante sus primeros 28 días de vida, según un nuevo informe de las Naciones Unidas”. (Organización Mundial de la salud, 2018)

Siguiendo con lo anterior se encuentran datos relevantes en donde estas muertes están en constante aumento, como lo es en países de África y Asia (India). La mayoría de las muertes de recién nacidos ocurrieron en dos regiones: Asia meridional (39%) y África subsahariana (38%). La mitad de todas las muertes de recién nacidos se registraron en cinco países: la India (24%), el Pakistán (10%), Nigeria (9%), República Democrática del Congo (4%) y Etiopía (3%). (Organización Mundial de la salud, 2018)

Si nos enfocamos en nuestra realidad como país encontramos datos menos preocupantes debido a la situación actual de nuestro país. Chile es el segundo país de la región con la tasa de mortalidad infantil más baja, tiene una alta tasa de cobertura escolar en enseñanza primaria, cuenta con la menor tasa de pobreza infantil por ingresos y tiene el PIB per cápita más alto de la región, siendo este último criterio el que le permitió ser miembro de la OCDE. (UNICEF, 2016).

Por tanto, es preocupante el incremento de las cifras de sobre peso y obesidad en menores de edad, el estilo de vida en la actualidad tiene como característica principal las altas horas diarias que pasan sentados, 8 horas en la escuela, índices elevados de sedentarismo y las numerosas horas de pantalla. Heilmamm et al., (2017), exponen en sus estudios que el poseer televisores en los dormitorios de los niños tiene una directa relación con el alto índice de masa corporal (IMC) en los niños de 7 años y alto riesgo de sobre peso al pasar los años.

Aunque aspectos como la desigualdad impiden que nuestro país pueda obtener el desarrollo esperado por todos, ya que como podemos observar día a día aún encontramos jóvenes sin la posibilidad de estudiar o que deserten del colegio a temprana edad, también se observa centros hospitalarios colapsados y la comunidad no puede recibir los servicios básicos como corresponde.

La desigualdad sigue siendo el principal obstáculo en nuestro país para que Chile en 2030 logre un desarrollo con y para todos. Aún existe un grupo considerable de niños que no acceden a las oportunidades de este progreso. En cuanto a calidad de la educación, 1 de cada 4 adolescentes no comprende lo que lee, no sabe resolver operaciones matemáticas básicas y no puede explicar sucesos naturales cotidianos. Respecto a la salud, 2 de cada 5 niños presenta problemas de salud mental y en relación con el nivel de vida, 1 de cada 5 viven en situación de pobreza y 1 de cada 4 declara haber sufrido violencia física grave por parte de su madre y/o padre” (UNICEF, 2016).

Una de las enfermedades que preocupa hoy en día y que afecta la salud de toda la población mundial es la obesidad debido a que va en constante aumento afectando a niños, jóvenes y adultos. Esta problemática ha sido analizada por distintos expertos, la han catalogado como acumulación de grasa anormal o excesiva que puede deteriorar la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un índice sencillo del peso para la talla que se usa generalmente al clasificar el sobrepeso y la obesidad en la población.

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<sup>2</sup> (m) y ha permitido establecer criterios de diferenciación, los que se muestran a continuación:

**0 a 5 años:** IMC +1 desviación estándar (DE) presentan riesgo de sobrepeso, IMC +2 DE se encuentran con sobrepeso y con un IMC +3 DE presentan obesidad

**> 5 años:** IMC  $\geq 25$  (kg/m<sup>2</sup>) se establece como sobrepeso y un IMC  $\geq 30$  (kg/m<sup>2</sup>) como obesidad.

La Obesidad es ocasionada por un desequilibrio entre las calorías que una persona ingiere a diario en contraste con sus calorías gastadas. La poca actividad física y sedentarismo son la principal causa de acumulación excesiva de tejido adiposo. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyeron que durante el año 2016 se registró que más de 1.900 millones de adultos padecían de sobrepeso a nivel mundial, mientras que 650 millones de habitantes sufrían de obesidad. Durante las últimas cuatro décadas se han triplicado las cifras de personas con esta enfermedad. En

base a análisis realizados por agentes de la OMS cada año mueren 2.8 millones de personas debido a enfermedades que se atribuyen a la obesidad tales como cardiopatía isquémicas y diabetes (Salud 2016).

#### **1.4.1 Estado Nutricional**

Como se expuso en las páginas anteriores, el sobrepeso infantil es una temática de relevancia que está provocando a nivel mundial una alerta debido a su veloz aumento. El estado nutricional es considerado por la OMS (2017) como una enfermedad no transmisible de alto índice de mortalidad, además el Ministerio de Salud de Chile (2011) añade que es una enfermedad prevenible que al someterse a planes y medidas adecuadas reducen su prevalencia. Estudios demuestran sus alarmantes cifras, 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” .

Es por lo anterior que distintas entidades generan programas para combatir con el sobrepeso infantil y poder de una u otra manera erradicar la obesidad. La OMS (2016) crean un informe el cual declara 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.

La gran preocupación respecto a esta problemática, en Chile, trae consigo el tomar medidas en donde se generen monitoreos de manera constante sobre el exceso de peso en el país, con el fin de mantenerse informados de la situación al paso de los años.

#### **1.5 Padres y la Adquisición de Hábitos**

Uno de los factores que condicionan el estado de salud es el estilo de vida que llevamos, esto quiere decir, adquirir hábitos que nos ayuden a mantener una vida saludable. Definir

hábitos alimentarios no resulta ser una tarea muy sencilla debido al sin fin de definiciones que existe respecto al tema. Algunos lo definen como el resultado de una acción que se repite de forma inconsciente como parte de prácticas socioculturales, determinadas por un factor socioeconómico.

La Real Academia Española en su primera acepción le define como un modo especial de proceder, que se adquiere a causa de una repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. Para la psicología, también, los hábitos son cualquier acto que se adquiere por experiencia y es repetido automáticamente (Encarta, 2008). Aspe & López (1999), lo definen como la capacidad que tiene el hombre de disponerse a un modo distinto de cómo es por naturaleza, aunque no vaya en contra de ella.

Los hábitos son costumbre y actitudes que van adoptando las personas, susceptible a modificaciones a lo largo del tiempo y que tiene como influencia principal el entorno en el que se encuentre. Los seres humanos desde que nacen adquieren conductas que de a poco la integran en su estilo de vida. La promoción, formación y consolidación de hábitos en las personas, tiene directa relación con los progenitores o quien tiene el cuidado de los niños, y más aún en los primeros años de vida. Es la familia la responsable del primer acercamiento con los hábitos alimentarios, ya que, quienes los integran ejercen una fuerte influencia en las conductas que presenta la persona, en un futuro, respecto a la alimentación. Cabe destacar que los hábitos que van educando los padres son el resultado de una construcción cultural y social del entorno en el que se desenvuelven formando pautas culturales acordes a los modelos sociales e históricos establecidos y aceptados; es decir se inculcan a través de los actos cotidianos de los mayores como un mecanismo más de reproducción de la especie incorporados como costumbres (García, 2005).

Es tal la influencia del seno familiar, que la formación que promueva el adulto responsable será la herramienta que le permitirán en un futuro al niño optar o no por prácticas beneficiosas para la salud, transformándose no solo en un facilitador de ciertos hábitos, sino en modelos de conductas a seguir.

## **1.6 Adquisición de Hábitos de la Salud**

La educación para la salud abarca una serie de factores que son esenciales para el correcto e ideal desarrollo de una persona, entre ellos podemos encontrar la práctica de algún deporte en específico, la realización de actividades físicas que pueden ser recreativas tales como trotar, subir o escalar cerros, nadar en piscinas, etc., mantener una rutina diaria activa y evitar acciones ligadas al sedentarismo como el estar acostado o mirar televisión, sin embargo, un elemento importante para conservar una vida saludable es la adquisición de buenos hábitos alimenticios.

La adquisición de hábitos de alimentación se relaciona con las manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivos respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quien consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales (Macías, Gordillo, & Camacho, 2012). Considerando que la alimentación y nutrición de una persona es un proceso que puede ser influenciado de acuerdo con diferentes factores, y que durante la infancia ayuda a un desarrollo y crecimiento óptimo del niño, es importante mencionar la variabilidad de agentes que pueden afectar, ya sea de manera positiva o negativa, la ingesta de diferentes alimentos en el niño. En la adopción de hábitos alimenticios, encontramos 3 agentes fundamentales en este proceso: La escuela, los medios de comunicación y la familia.

### **1.7 La Escuela**

Dependiendo del contexto escolar en el cual el niño se encuentra, es normal pensar que en un ambiente educativo exista la promoción de una vida activa y saludable, en donde el profesor de educación física toma un rol fundamental en la enseñanza y adquisición de buenos hábitos de alimentación. Es importante señalar que esa enseñanza, debe fortalecerse desde el ámbito integral del chico y logre combinar las actitudes y conductas saludables para llevarlas a cabo en cualquier ambiente en el cual esté involucrado. De hecho, un entorno educativo en el cual se privilegia un comportamiento nutricional balanceado logra con el tiempo, adaptar a los niños a tener una comprensión positiva sobre los alimentos que tienen que consumir, generando un impacto provechoso en el

cambio de hábitos alimentarios y disminución de la obesidad en la infancia. (Zacarías, Lera, Benavides, Gutiérrez, & Vio, 2011). Sin embargo, pese a lo positivo que genera ese cambio, este depende mucho del contexto que tiene el establecimiento y su preocupación con respecto al tema, el cual no es adoptado por toda la comunidad educacional en Chile, que mantiene y hasta aumenta las cifras de obesidad en edad escolar (Castro et al., 2018)

### **1.8 Medios de Comunicación**

La publicidad televisiva forma parte del ambiente social humano, y hoy en día es un agente de influencia importante en las personas, sobre todo de los niños quienes son más susceptibles de controlar debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad y pasan una cantidad del día importante mirando televisión. He aquí la importancia de los medios de comunicación, quienes muestran un elevado contenido de marketing a diferentes tipos de alimentos que pueden ser de alto nivel calórico, grasas, sodio, azúcares, etc. Un estudio en Argentina (Roviroso, Zapata, Gómez, Gotthelf, & Ferrante, 2017) reveló que los lácteos, golosinas y los productos de las cadenas de comida rápida fueron los alimentos publicitados con mayor presencia, de hecho, la mitad de estos anuncios fueron alimentos altos en azúcares, la cuarta parte eran altos en grasas saturadas y el 15% altos en sodio o grasas; y que solo una tercera parte de los anuncios de comida, fueron categorizados como saludables (35,8%). Sin embargo, en el año 2012 se promulgó en Chile la ley 20.606 “sobre composición nutricional y su publicidad”, que corresponde a una modificación del reglamento sanitario de alimentos y, se constituye, como parte de una política integral que incluye acciones de promoción, educación, programas de atención primaria, medidas fiscales y otras estrategias de salud pública para combatir la obesidad (Scapini & Vergara, 2017), y que en el año 2015 se promulga como decreto aprobado el reglamento. Este, además de controlar los alimentos altos en sodio, grasas saturadas, azúcares y calorías, considera también la regulación de publicidad dirigida a menores de 14 años que tenga directa relación con las comidas de este tipo, creándose así la ley N° 20.869 sobre “publicidad de alimentos”, en donde los alimentos que tengan la etiqueta “ALTO EN” no podrán publicitarse por medios de difusión orientadas a menores de 14 años, tales como internet, radio, afiches, programas

de TV, etc., y que también prohíbe utilizar a figuras infantiles para promocionar estos productos. Medidas que buscan impactar en la población y crear hábitos de alimentación saludables para combatir los estados nutricionales negativos de nuestra población y disminuir la influencia de la televisión en los niños con respecto a su nutrición.

### **1.9 La Familia**

Es el primer y principal contacto con los hábitos de alimentación que posee el niño, ya que los integrantes tienen una mayor influencia sobre este, y pasan la mayoría del tiempo con él, afectando de manera implícita en su desarrollo nutricional. Estos hábitos, se originan por diferentes factores entre los cuales podemos encontrar la situación económica de la familia, la dedicación que tienen al cocinar los alimentos, la pérdida de autoridad de algunos padres con sus hijos, entre otros. Con respecto a la disposición económica de la familia, esta influye directamente en la compra de comidas que pueden favorecer o desfavorecer al estado nutricional del hogar y del niño, por lo que resulta dificultoso, en un ambiente socioeconómico bajo, manejar y controlar las raciones que consume día a día, y por ende crear hábitos saludables de alimentación. Dentro de la misma línea, existe otro factor que condiciona la buena práctica de ingesta alimenticia, la cual se relaciona con la obligación o deber de la madre por mantener un buen estado nutricional en su hijo obligándolos a comer, lo que puede provocar un rechazo o aversión en el niño, y a la vez crear daños en la salud de este, de esta forma, se creería que comer mucho, es comer sano, ocasionando una mentalidad negativa en cuanto a la ingesta de alimentos. (Restrepo & Maya, 2005). Por otro lado, la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad ha conseguido que muchos niños coman cuando, como y lo que quieran, siendo la consecuencia, el mantenimiento de hábitos saludables en la edad adulta y la transmisión de esto a próximas generaciones (Bolaños, 2009).

De ahí en más, podrían existir muchos factores que afectan el estado nutricional de los niños, por ende, nuestro deber es crear espacios en donde esta influencia sea positiva y crea un impacto favorable para el consumo adecuado de alimentos, sobre todo en edades en donde la susceptibilidad de los más pequeños es grande e imitan conductas dentro de un espacio de construcción social.

## **1.10 Tipos de Administración Educativa**

### **1.10.1 Dependencia Municipal**

Lo que define a un establecimiento municipal, es aquel que es controlado y gestionado por una autoridad pública u organización (direcciones o corporaciones municipales) y el cual recibe una subvención por cada estudiante matriculado en dicho colegio. El nivel de educación que imparten estos establecimientos, son en su mayoría de enseñanza básica, 81,1% del total y en promedio, la cantidad de alumnos que existe por profesor es de aproximadamente 25 estudiantes (Centro de investigación avanzada en educación, s.f.). Dentro de lo que considera una escuela municipalizada, está el de garantizar el derecho de una educación gratuita y obligatoria, la existencia de diferentes proyectos educativos integradores, desarrollar proyectos educativos de interés común y fijar una calidad en la educación. Según datos señalados durante el 2013, el 58,8% de los niños más vulnerables, estudian en un establecimiento de carácter municipal, por lo que el desafío que trae consigo la administración de estas escuelas es aún mayor. Sin embargo, a partir del año 2018, comenzará a regir en Chile, el nuevo sistema de educación pública (Biblioteca del congreso nacional de Chile, 2018) que quita a los municipios el control de los establecimientos, creando así los servicios locales, los cuales estarán conformados por consejos nacionales de educación donde participaran docentes, estudiantes, padres, comité directivo local, etc., quienes junto al MINEDUC y la dirección de la educación pública integraran y conformaran la institucionalidad de esta nueva ley, que busca la inclusión social y cultural, respeto a la diversidad y libertad, generando un derecho a la educación para todos. Dentro de los principales principios que aportará el sistema a las escuelas públicas, es el de proyectos educativos inclusivos, laicos y formación ciudadana e igualdad de oportunidades, a diferencia de las otras administraciones que se manejan en Chile como las particulares.

Dentro de la alimentación que ofrecen estos establecimientos, siempre va acompañada de proyectos nutricionales o alimenticios que rige cada municipalidad, acompañada de lo que ofrece la JUNAEB que entrega la alimentación escolar en cantidad y calidad nutricional y sanitaria; además de esta, la alimentación se complementa con el PAE

(programa de alimentación escolar), que además de alimentar a cada uno de los estudiantes, se centra en los alumnos más vulnerables de cada parte de Chile, quienes en su mayoría se ubican en las escuelas públicas. (Salinas, Correa, & Vio del R, 2013).

### **1.10.2 Dependencia Subvencionada**

Un establecimiento particular subvencionado es aquello que reciben financiamiento del estado chileno, los cuales deben poseer un sostenedor, quien es su propietario y responsable de la institución.

La cantidad de dinero que reciben estos colegios por parte del estado varían dependiendo de algunos criterios. La subvención es un pago por alumno que se basa en una unidad denominada Unidad de Subvención Escolar (USE), éste monto de subvención en USE difiere según el nivel de enseñanza (Educación Parvularia, enseñanza básica enseñanza media y educación para adultos.), tipo de escuela (diurna, vespertina), ubicación geográfica y condición de ruralidad. Asimismo, el monto de subvención es diferente según si el establecimiento tiene o no Jornada Escolar Completa (JEC) o solo media jornada, mañana o tarde.

El aporte mensual que recibe el establecimiento por concepto de subvención de escolaridad se calcula de acuerdo con el promedio de asistencia efectiva de los alumnos en los últimos tres meses. (Almonacid, 2004). En Chile existen 12.174 establecimientos educacionales reconocidos por el MINEDUC; de ellos, encontramos 5965 particulares subvencionados, la matrícula total de alumnos/as en los establecimientos que imparten Educación Parvularia (excluidos los de JUNJI / Integra), básica y media es de 3.410.178; en el 53% de los casos los estudiantes acuden a un establecimiento particular subvencionado. El MINEDUC registra un total de 200.659 docentes en el país; el 72% corresponde a mujeres y solo el 28% a hombres. El 45,6% de los/as docentes trabaja en colegios particulares subvencionados. (MINEDUC, 2016).

El pasado 1° de marzo de 2016 se aprobó la llamada Ley de Inclusión, que busca cambiar el sistema educacional chileno, uno de los más criticados nivel mundial y que se categoriza como el más mercantilizado del mundo.

Los establecimientos subvencionados además de recibir un aporte monetario por parte del estado también tienen la facultad de exigir un copago de mensualidad a las familias, hacer selección de sus alumnos según su religión, situación económica y académica. Éstas son algunas razones por las que la Ley de Inclusión tiene como objetivo eliminar del sistema el lucro que por lo demás no está penalizado, esto quiere decir que el sostenedor o dueño del establecimiento puede generar utilidades sin que deban ser reinvertidas para la educación de niños y niñas. Cabe destacar que esta situación no se repite en ninguna parte del mundo, lo que califica al sistema educacional chileno como el más mercantilizado, la educación es un bien de consumo y no un derecho (2020).

Según el ministerio de educación, esta ley permitirá a las familias tener la posibilidad de elegir el establecimiento para la educación de sus hijos sin que de eso dependa su nivel socioeconómico. Gradualmente los colegios particulares subvencionados se han ido eliminando, dando paso a colegios “fundación”, donde el estado entrega recursos y son reinvertidos en el establecimiento sin fines de lucro.

En cuanto a docentes, directivos, y comunidad escolar en general, es necesario prestar el apoyo necesario para enfrentar aulas y colegios más diversos. Chile es el país más segregado a nivel escolar de la OCDE, tanto en lo socioeconómico como académico, lo que significa que llevamos décadas de prácticas y políticas absolutamente contrarias al objetivo de esta ley. Es necesario que los docentes y directivos cuenten con estrategias y recursos para enfrentar los cambios que tendrán las aulas, cambios que, si bien serán graduales, de seguro serán un enorme desafío (Sepúlveda, 2016).

### **1.10.3 Dependencia Particular**

En contraposición a las escuelas públicas encontramos lo que hoy conocemos como dependencias particulares o particulares-pagadas, estos establecimientos no reciben ningún tipo de financiamiento del Estado siendo su administración y propiedad privada. Los recursos de estas dependencias provienen del cobro de Cuotas de incorporación, matrículas y arancel mensual que pagan los estudiantes que ingresan al colegio. Además, se financian por aportes otorgados por congregaciones, organizaciones internacionales, Instituciones Binacionales y otros organismos de carácter privados.

Estudios demuestran que, en 1981, cerca del 15% de la matrícula era privada, cifra que en el año 2010 ha incrementado sobre el 40%, teniendo como consecuencia la disminución de la matrícula municipal o pública. La privatización ha sido un proceso en el cual se han desarrollado con la creación de miles de nuevas escuelas privadas, la mayoría de éstas no religiosas (Elacqua, 2012) lo que conlleva a que, en la actualidad, Chile sea uno de los países con mayor participación privada en la educación escolar, según estudios de la OCDE, 2010. A consecuencia del crecimiento del sector privado se ha generado un creciente proceso de segmentación socioeconómica de los establecimientos, esto se explica ya que las escuelas públicas tienden a concentrar estudiantes de vulnerables que, por otra parte, las escuelas privadas atienden a los estudiantes de una mejor situación socioeconómica (García-Huidobro & Bellei, 2003).

Las escuelas privadas ponen énfasis en su proyecto educativo el rol que tiene la familia en la educación, preocupándose de la relación familia-establecimiento, poniendo especial atención en el intercambio con los padres. Para Prieto (1983), uno “de los principales deberes que tiene la familia es educar a sus hijos. Esto, en términos reales, tiene una manifestación práctica en el hecho de poder elegir el establecimiento educacional. También se proyecta en la posibilidad que tiene los particulares de crear establecimientos educacionales para satisfacer este deber que tienen los padres. Por su parte el estado debe ir creando los establecimientos educacionales que sean necesarios cuando no hay quien preste el servicio de la educación, es deber del estado velar por que los padres puedan hacer efectivo el derecho a escoger el establecimiento donde sus hijos deben estudiar, lo cual implica facilitar los mecanismos que permitan la creación de establecimientos educacionales”.

## **CAPÍTULO II**

# **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

## **2. Diseño de la Investigación**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

Durante los últimos años se ha popularizado a nivel mundial la llamada “epidemia del siglo XXI”, la cual, hace alusión al aumento significativo de sobrepeso y obesidad. Hoy en día la sociedad chilena se ha posicionado como el 6to país a nivel mundial con mayor índice de obesidad infantil, cifra alarmante que genera preocupación en especialistas en el área de la salud.

A nivel Latinoamericano Chile es el país con mayor índice de obesidad infantil, situación aún más compleja por las consecuencias que esto conlleva, lo cual pone en jaque la salud de la futura población adulta.

La obesidad infantil ha aumentado de manera exponencial en los últimos treinta años. Según un estudio realizado por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), el avance de la obesidad en Chile no se detiene, teniendo como consecuencia que el 70% de los niños podría llegar a ser obeso próximamente.

Las causas de este aumento en las cifras de obesidad y sobrepeso a nivel nacional aún no están definidas, puesto que existen múltiples factores externo que influyen en el desarrollo de este fenómeno, como lo son el entorno en el que se desenvuelve el niño, la poca educación respecto a la vida saludable, los hábitos que le entregan los padres, entre otros. Este último es de gran relevancia ya que, en una primera etapa de la vida del ser humano, son los tutores del niño quien no solo entregan los hábitos de alimentación si no que son los principales encargados y responsables de la alimentación.

El sobrepeso y/u obesidad infantil no es una situación favorable y mucho menos en la infancia debido a que es aquí donde el individuo adquiere hábitos y costumbres que a futuro pueden ser perjudiciales o favorables en su calidad de vida. En esta etapa los padres y/o cuidadores cumplen un rol fundamental en el estilo de vida de los infantes, son ellos quienes influyen directamente en la alimentación, actividad física, horas de sueño, educación, cuidado personal, entre otros aspectos relevantes de esta etapa.

Otra de las causas influyentes en el origen del sobrepeso y obesidad es el compartir en ambientes obesogénicos, este según Swinburn et al., (1999) se define 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”. Así pues, nos damos cuenta de que los estímulos del contexto en el que se desenvuelva, en este caso, el niño, influye directamente en el estado nutricional y en consecuencia en la adquisición de hábitos alimenticios.

Por tanto, es de relevancia comprender que practicar malos hábitos de vida saludable, como lo es la alimentación, tiene como inicio el microsistema correspondiente al hogar y no solo aquí, sino también en los establecimientos educativos que asiste cada niño y a todas aquellas figuras que comparten en estos entornos, ya sean los padres y/o tutores del menor como familiares y amigos, ya que es en estos lugares donde los niños y niñas pasan el mayor tiempo del día, adquiriendo las conductas tanto del hogar como de la escuela y compañeros, replicándose a futuro.

## **2.2 Justificación del Problema**

Como se mencionó anteriormente la obesidad y sobrepeso son enfermedades conocidas a nivel mundial como “la nueva epidemia del siglo XXI”, la cual ha aumentado de manera exponencial, de las que no se ha detectado por sus cifras satisfactorias, sino más bien se aprecia un aumento en la cantidad de niños con sobrepeso. Durante los últimos años no se ha encontrado estudio alguno donde se muestre algún cambio positivo en la población particularmente de rango etario de entre 6 a 10 años, al menos dentro de América latina.

Estudios demuestran que alrededor del mundo la cantidad de lactantes y niños menores de 5 años que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en el año 1990 a 41 millones en 2016, según datos entregados por La Organización Mundial de la Salud (OMS). No es menos relevante que solo en la Región de África donde la OMS realiza sus estudios meticulosamente el número de niños con sobrepeso y obesidad aumentó de 4 a 9 millones en el mismo periodo, 1990 y 2016.

En el caso particular de Chile, año tras año las cifras aumentan de manera significativa, siendo de relevancia levantar estudios que aporten al indagar los motivos de esta importante alza. De acuerdo con datos entregados por el Ministerio de Salud, MINSAL, menores de 6 años, la obesidad el año 2009 era 9,4% y el 2012 llegó al 10,3%, lo cual es un promedio, ya que de 2 a 3 años la obesidad es aproximadamente de un 6%; de 3 a 4 de un 11%, y de 4 a 5 llega a un 16% (Rio, 2015).

Debemos conocer qué factores influyen en el peso y composición corporal de un niño y como los hábitos alimenticios de los padres o tutores son fundamentales en la crianza y cuidado de un menor por lo que debe se deben generar cambio en el microsistema que habita el niño, siendo el núcleo familiar el principal agente de cambio, conformado por padres y/o tutores del menor afectado, debido a que a través de ellos los menores de edad adquieren hábitos alimenticios, costumbres y desarrollo y crianza.

Luego se encuentra el meso sistema que es la escuela, donde el niño pasa la mayor parte del día con jornadas de seis a ocho horas diarias, de las cuales solo noventa minutos corresponde a actividad física moderada, una o dos veces por semana. En algunos establecimientos se busca llevar a cabo planes y programas que promueven la vida saludable. Por lo que esta práctica se agrava aún más cuando el núcleo principal en que se desenvuelve el menor no toma las medidas necesarias o tiene concepciones erróneas acerca de la vida saludable.

Este tema ha sido de tal relevancia que el presidente Sebastián Piñera lanzó la nueva iniciativa que obliga a los Ministerios a incorporar en sus políticas públicas medidas destinadas a promover hábitos y estilos de vida saludable, con el objetivo de prevenir factores de riesgo. Durante el mandato de la presidenta Michelle Bachelet en mayo de 2013 se dictó la Ley-20670, creando el nuevo sistema del programa “Elige Vivir Sano”.

Este nuevo sistema establece que todos los agentes de la Administración del Estado, con competencias vinculadas a la promoción de hábitos de vida saludable incorporen en sus políticas planes y programas que tengan por finalidad informar, educar y fomentar la prevención de factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles, ocasionadas por malos hábitos, mala alimentación y sedentarismo (Ministerio Secretaría General de Gobierno 2018). Además, el Ministerio de Salud de

Chile (2011) en su documento “Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020”, propone en sus objetivos, desarrollar estilos y hábitos de vida saludable, que colaboren a la reducción de factores de riesgos asociado a enfermedades de la población, estableciéndose como meta el disminuir los índices de obesidad infantil en un 10%.

Por tanto, es evidente que la preocupación de esta problemática es de nivel política pública, pero se debe integrar a todos los actores del sistema, de tal manera de formar una red de trabajo que procure cumplir un objetivo común.

Cabe destacar que nuestro estudio al tener una muestra amplia entre los tres tipos de establecimiento educacional permite realizar un análisis completo acerca de las distintas variables que afectan al incremento de la obesidad del niño, siendo de relevancia para este estudio el entorno en que está expuesto el menor, tales como nivel socioeconómico, nivel educacional de los pares y/o tutores, cantidad de personas por grupo familiar e IMC de los alumnos.

### **2.3 Preguntas de Investigación**

De la reflexión de la importancia de los hábitos de alimentación de los niños y como sus padres influyen en esta adquisición surge las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las creencias, monitoreo y restricciones de los padres en las conductas de alimentación de sus hijos?, ¿existen diferencias en las creencias, monitoreo y restricciones de los padres en las conductas de alimentación de sus hijos según dependencia administrativas de las instituciones escolares?

### **2.4 Objetivos de la Investigación**

A partir de estas preguntas de investigación se levantan los siguientes objetivos.

#### **2.4.1 Objetivo General**

Identificar las creencias de los padres sobre la alimentación de sus hijos según dependencia administrativa de tres instituciones escolares.

### **2.4.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar el IMC en niños y niñas de 1ro a 4to básico de tres colegios de diferente dependencia administrativa.
- ✓ Identificar las creencias, monitoreos y restricciones de padres de niños según IMC.
- ✓ Identificar las creencias, monitoreos y restricciones de padres de niños según IMC de tres dependencias administrativas.
- ✓ Comparar las creencias, monitoreos y restricciones de los padres según IMC de tres dependencias administrativas.

### **2.5 Metodología**

A continuación, se presentan los procesos y decisiones adoptadas para dar respuesta a las preguntas de investigación. El capítulo se levanta y define bajo las propuestas teóricas de Hernández, Fernández & Baptista (2010).

Se identifica el tipo de investigación, diseño de la investigación, muestra, instrumentos y su aplicación, técnica de análisis de los datos, entre otros, para dar respuesta a las preguntas de investigación y objetivos de este estudio.

### **2.6 Método de Investigación**

En relación con los procesos implementados para el levantamiento de la información, este trabajo se sitúa bajo un paradigma cuantitativo. Este método se centra en los hechos o causas de un fenómeno social. Además, utiliza como herramientas de recolección de la información cuestionarios, inventarios y análisis demográficos que generan números y códigos para luego ser tabulados. (Peñuelas, 2010). En esta ocasión se utilizó una hoja de cálculo Excel creando una estadística que permite verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre variables definidas operacionalmente. Por otro lado, entrega la opción de crear tablas y gráficos donde se presenta la información en un formato más claro y legible.

## **2.7 Tipo de Estudio**

La investigación llevada a cabo presenta un tipo de estudio descriptivo, debido a que busca especificar las propiedades, las características generales, específicas y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Por lo tanto, esto conlleva al estudio a realizar evaluaciones, medidas o recolectan datos sobre distintas variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández, et al., 2010).

## **2.8 Diseño y Enfoque de la Investigación**

El estudio se caracteriza por presentar un diseño no experimental y transversal. La investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente (Lee 2002, p. 504).

Es de tipo transversal ya que se miden las variables en un tiempo determinado.

## **2.9 Población**

Estudiantes de 1° a 4° de enseñanza básica pertenecientes a tres instituciones escolares de diferentes tipos de dependencia administrativa, estas son: Municipales, Particular subvencionado y Particulares pagadas de la ciudad de Viña del Mar, Valparaíso. Los establecimientos considerados en este estudio son el Colegio Altomonte, Colegio Misericordia y Escuela República de México respectivamente. Participan en este estudio 198 estudiantes y 198 padres encuestados, teniendo un total de 396 personas para la presente investigación.

Para la elección de la muestra se escogieron los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Aceptar voluntariamente la realización de este estudio
- ✓ Los estudiantes de los padres que se someten al estudio deben tener un rango etario entre los 6 y 10 años.

- ✓ Los padres y/o tutores realizan encuesta CFQ
- ✓ Los estudiantes se someten a medición de IMC

## 2.10 Muestra

Se utilizó medidas de IMC en 198 niños y niñas de primero a cuarto básico y se les aplicó un cuestionario dirigido a padres, madres o tutores los niños de las tres distintas dependencias administrativas. El cuestionario implementado nos da a conocer los hábitos alimenticios de ellos y comportamientos acerca de la preocupación por la alimentación de los hijos (CFQ).

La muestra evaluada, es considerada como una muestra no probabilística, intencionada, 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, la que corresponde a  $n=396$ , siendo  $n$  el tamaño de la muestra.

La Tabla 1, presenta los participantes de cada dependencia administrativa, considerando el total de la muestra, en donde se diferencian por tipo de dependencia administrativa, niños y padres y/o tutores que participan en cada una de ellas.

Tabla 1: Distribución de los participantes según dependencia administrativa

Dependencia administrativa	Niños (n)	Padres (n)	Total
Municipal	81	81	162
Particular	64	64	128
Subvencionado	53	53	106
Total	198	198	396

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

Cabe mencionar, que para la obtención de los datos cada padre y/o tutor que realiza la encuesta responde por un estudiante en particular, lo que entrega la cantidad de personas totales por establecimiento educativo, como se puede observar en la Figura 2.1

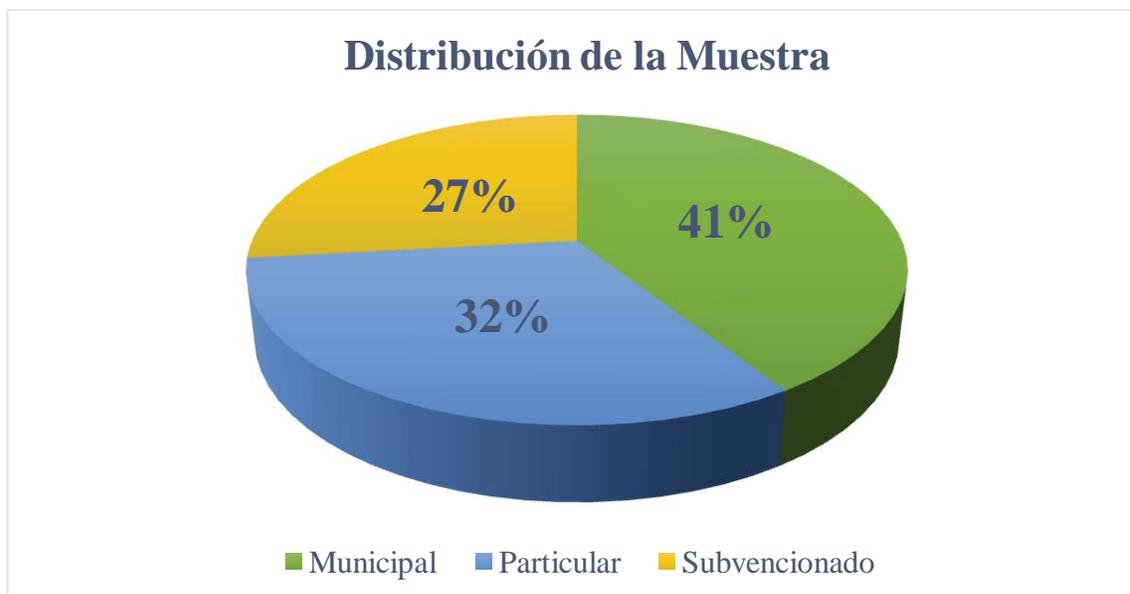


Figura 2.1: Cantidad de personas consideradas en el estudio.  
 Fuente: Elaboración propia con datos rescatados desde encuesta CFQ (Viña del Mar, 2018)

## 2.11 Instrumentos

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

### 2.11.1 Medición Índice de Masa Corporal (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  $\text{kg}/\text{Mts}^2$ - 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, 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 (Tabla 2).

Tabla 2: Criterio de clasificación del Diagnóstico Nacional según el IMC

<b>Diagnóstico Nutricional</b>	<b>Desviación estándar (OMS 2007)</b>
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	$\leq -1$ a $-1.9$
Desnutrición	$\leq -2$

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017

### 2.11.2 Cuestionario aplicado a padres

Las prácticas de alimentación serán levantadas a partir del cuestionario de hábitos alimentarios diseñado por Lera, Salinas Fretes & Vio (2013), para padres o tutores de preescolares y escolares sobre las conductas de alimentación en el último mes. Mide conocimientos, actitudes y hábitos alimentarios en familias chilenas de escolares. Está conformado por 55 preguntas agrupadas en 4 secciones. La primera parte del instrumento posee preguntas para caracterizar a los encuestados y conocer más sobre el grupo familiar del niño, formulando 8 preguntas del entorno familiar, la segunda sección contiene 11 preguntas sobre conocimiento, presentando afirmaciones sobre el consumo de alimentos, beneficios, aportes, entre otros (evaluadas con escala Lickert de 1 a 5, de muy de acuerdo y de acuerdo). Luego se formulan 3 preguntas sobre hábitos de

alimentación de la familia, si existen normas, si ven televisión cuando comen, quien compra los alimentos y las comidas que realizan en casa. La tercera sección está constituida por 28 preguntas sobre frecuencia de consumo durante el último mes y quien prepara la alimentación y la última sección por 6 preguntas sobre alimentación del niño en el colegio y el hogar. Posee una concordancia Inter observadores de 0,6 a partir de la utilización del índice de Kappa de Cohen, con la clasificación de Altman, considerándose aceptable el valor, para la estabilidad temporal (test – retest) se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, para la consistencia interna se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach, con un 0,75 (Lera et al., 2013).

## **2.12 Procedimiento**

El procedimiento comenzó con reuniones de ambas partes para entregar antecedentes del trabajo. Se inició el proceso con entrega con una carta informativa y de invitación (Anexo 1) destinada a los directores de los establecimientos educacionales respectivos, la cual permitía dar a conocer los objetivos del estudio y el protocolo a seguir.

Tras obtener la respuesta y la aceptación por parte de las autoridades 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 para llevar a cabo las mediciones correspondientes.

## **2.13 Protocolo de Evaluación**

En los meses de octubre 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.

Para realizar la toma de IMC en los niños y niñas, con la colaboración y participación de los profesores del establecimiento, se instalaron tres sectores: dos para obtener peso y uno para obtener talla.

En relación con la aplicación de las encuestas estas fueron enviadas al hogar y fueron recepcionadas durante una semana por la institución, luego se procedió a su posterior tabulación.

#### **2.14 Limitaciones del 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.

#### **2.15 Técnicas 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 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 en el año 2017.

#### **2.16 Tratamiento Estadístico**

A continuación, se presenta la técnica de análisis de los datos y los programas estadísticos utilizados, en donde la técnica de análisis de la información fue la estadística descriptiva, a partir de frecuencias relativas y acumulativas y medidas de tendencia central (promedio) y la medida de variabilidad (desviación estándar), además de representaciones gráficas (gráficos de frecuencias) y porcentajes. Además, se utilizó estadística inferencial, prueba Anova. Se utilizó el Programa Estadístico IBM SPSS Statistics, Versión 22.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

### 3. Resultados

Tras realizar la estadística y en base a los datos recolectados, se presenta a continuación la información de los estudiantes analizados y tablas de los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario CFQ. Además, se evidencian los resultados mediante cinco áreas: relación IMC/edad, responsabilidad percibida, percepción del peso padre e hijo, preocupación del padre respecto al peso del hijo y control de la alimentación de los hijos. Lo que permitirá obtener cifras que determinen aquellas variables significativas y comparar comportamientos entre los tres tipos de administración escolar.

#### 3.1 Relación IMC/Edad

En la Tabla 3 se puede apreciar la edad y rango de los niños que participaron en la muestra así también como la de los padres, según su IMC. La edad promedio de los estudiantes participantes de la investigación bordea entre los 8 años y 38 años en los padres. Por otra parte, se aprecia una menor dispersión en los valores del IMC de los estudiantes en las tres dependencias (18,64±3,40 en municipal, 17,97±2,64 en particular y 19,00±3,03 en subvencionado), en cambio en los padres los valores presentan mayores diferencias entre los grupos, ya que los intervalos son mucho más elevados y varían en 24 en el colegio particular y 28,27 en el municipal, con una desviación estándar promedio de 4,6.

Tabla 3: Edad y rango de los niños que participaron de la muestra y variables según su IMC

Dependencia Administrativa	Niños		Padres	
	Edad	IMC	Edad	IMC
Municipal	8,23±1,36	18,64±3,40	37,08±8,76	28,27±5,36
Particular	8,7±1,10	17,97±2,64	39,67± 6,65	24,52±3,54
Subvencionado	8,01±1,02	19,00±3,03	37,32± 7,15	27,55±5,07

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ.

Para continuar, se presenta el proceso que se llevó adelante para determinar el estado nutricional de los participantes, para lo cual se evaluó el IMC a niños y niñas del primer ciclo básico de los cuales participaron 198 niños y 198 padres. Como se puede apreciar en la Tabla 4, se exponen las cifras por establecimiento de niños y padres que se encuentran bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. Se les clasificó según su Índice de Masa Corporal.

Tabla 4: Distribución de los participantes según el IMC

Dependencia administrativa	Bajopeso (n)		Normopeso (n)		Sobrepeso (n)		Obesidad (n)	
	Niños	Padres	Niños	Padres	Niños	Padres	Niños	Padres
Municipal	1	0	39	23	18	33	23	25
Particular	4	0	35	39	19	23	6	2
Subvencionado	1	0	22	22	19	15	11	16
Total	6	0	96	84	56	71	40	43

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

De lo anterior se puede distinguir que el 53% de la población estudiada presenta índices de Masa Corporal (IMC) elevados, en grado de sobrepeso u obesidad, de los cuales el 46% son niños y 54% adultos. En cuanto a los estudiantes (Fig. 2.2) se destaca con mayor sobrepeso u obesidad en el establecimiento municipal correspondientes al 42.7%, versus un 31.3% en los subvencionado y 26% en los establecimientos particulares.

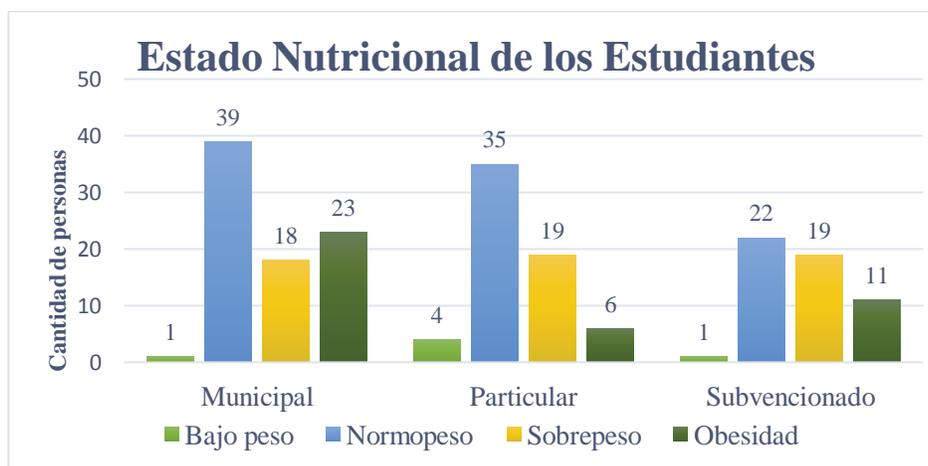


Figura 3.1: Estado nutricional estudiantes participantes de la encuesta

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados desde encuesta CFQ y medidas antropométricas.

Enfocándose en los resultados de los índices de masa corporal de los padres (Fig. 2.3), no existe ningún padre y/o tutor con bajo peso en cada dependencia administrativa. A su

vez, en los datos recolectados del colegio particular, se identifica que la mayor cantidad de padres se encuentra en peso normal y el menor índice en obesidad.

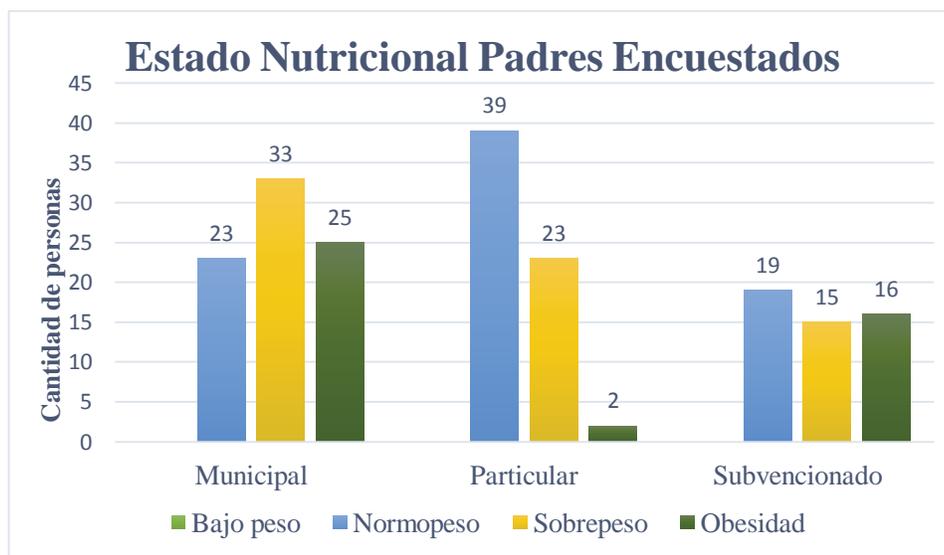


Figura 3.2: Estado Nutricional Padres Encuestados

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados desde encuesta CFQ (Viña del Mar, 2018)

Por otro lado, los padres del establecimiento municipal, al igual que los estudiantes mostraron los niveles más altos, como lo demuestra la gráfica 3.1. En donde los padres presentan los mayores IMC.

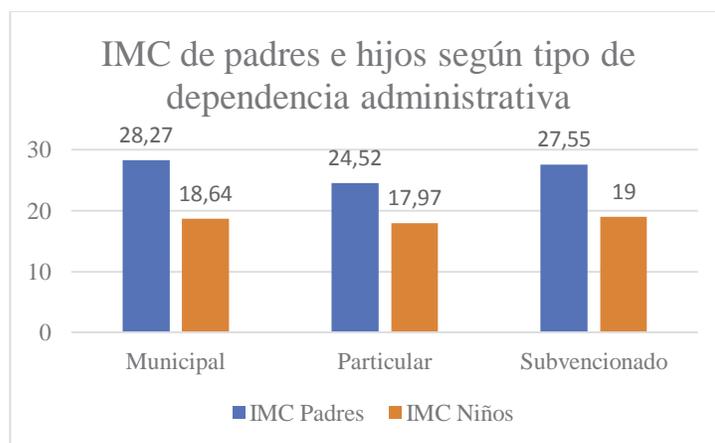


Figura 3.3: IMC de padres e hijos según tipo de dependencia administrativa.

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

### 3.2 Responsabilidad percibida

A continuación, se presentan las preferencias en las preguntas referidas a la responsabilidad que perciben los padres en los distintos ámbitos de la alimentación de sus hijos.

En la Tabla 5 se muestra el grado de responsabilidad en cuanto a la frecuencia de alimentación, porciones de comida y tipo de alimentación que consumen sus hijos tanto cuando están solos, como en familia. Dicho lo anterior se afirma que los padres en promedio “la mayoría de las veces” son responsables.

Tabla 5: Preferencias de los padres en el ámbito de responsabilidad percibida

Preguntas	Municipal	Particular	Subvencionado
Responsable de su alimentación	4,80± ,45	4,10±,87	4,67± ,70
Responsable de tamaño de las porciones	4,65± ,65	4,07± ,99	4,52± ,77
Responsable alimentación correcta	4,60± ,68	4,00± 1,03	4,34± 82

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

### 3.3 Percepción peso padre e hijo

#### 3.3.1 Percepción de los padres respecto de su propio cuerpo

Se presentan a continuación tres tablas de las distintas dependencias estudiadas que hacen referencia a preguntas orientadas a la percepción que tienen los padres respecto a su propio peso y como éste ha evolucionado a través de los años. En las siguientes tablas se puede apreciar que las personas que se sienten con un estado nutricional saludable decrecen al pasar los años, de tal manera que la percepción actual que tienen de ellos mismos tiende a ser de sobrepeso.

Tabla 6: Percepción del propio peso de los padres del establecimiento Municipal

Preguntas	Establecimiento Municipal (n=81)				
	Marcado Bajo peso	Bajo peso	normopeso	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
Como se veía entre los 5-10 años	1	6	67	6	1
Como se veía en la adolescencia	0	5	62	13	1
Como se veía entre los 20-30 años	0	2	58	20	1
Como se ve en la actualidad	0	0	38	40	3

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

Tabla 7: Percepción del propio peso de los padres del establecimiento Particular

Preguntas	Establecimiento Particular (n=64)				
	Marcado Bajo peso	Bajo peso	normopeso	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
Como se veía entre los 5-10 años	1	6	49	7	1
Como se veía en la adolescencia	0	4	52	7	1
Como se veía entre los 20-30 años	0	3	49	11	1
Como se ve en la actualidad	0	2	37	24	1

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

Tabla 8: Percepción del propio peso de los padres del establecimiento Subvencionado.

Preguntas	Establecimiento Subvencionado (n=53)				
	Marcado Bajo peso	Bajo peso	normopeso	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
Como se veía entre los 5-10 años	0	3	48	2	0
Como se veía en la adolescencia	0	4	49	0	0
Como se veía entre los 20-30 años	0	2	34	17	0
Como se ve en la actualidad	0	1	24	23	5

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

A partir de las tablas 6,7,8, se identifica una tendencia en el aumento principalmente del sobrepeso y en complemento a la disminución de las percepciones de normopeso. Como

se observa en la Figura 3.2 donde se evidencia de manera significativa las variaciones de las percepciones de sobrepeso de los tres establecimientos.

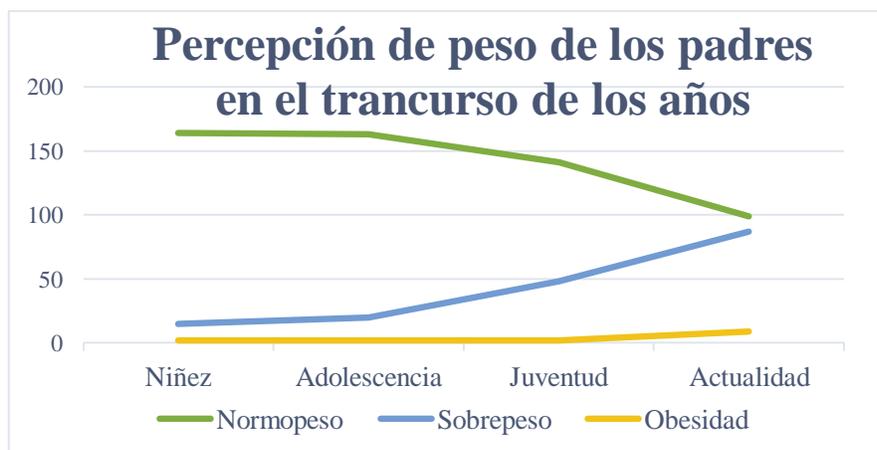


Figura 3.4: Percepción de los padres en el transcurso de los años

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados desde encuesta CFQ

Además, y en complemento es de relevancia destacar los IMC de los padres por establecimiento y generar una relación entre esta variante y su percepción en la actualidad. Tal como se aprecia en la Figura 3.3, en donde las percepciones que tienen de ellos mismos tienen relación con su estado nutricional para lo que se consideran los 71 padres que presentan sobrepeso en los tres establecimientos.

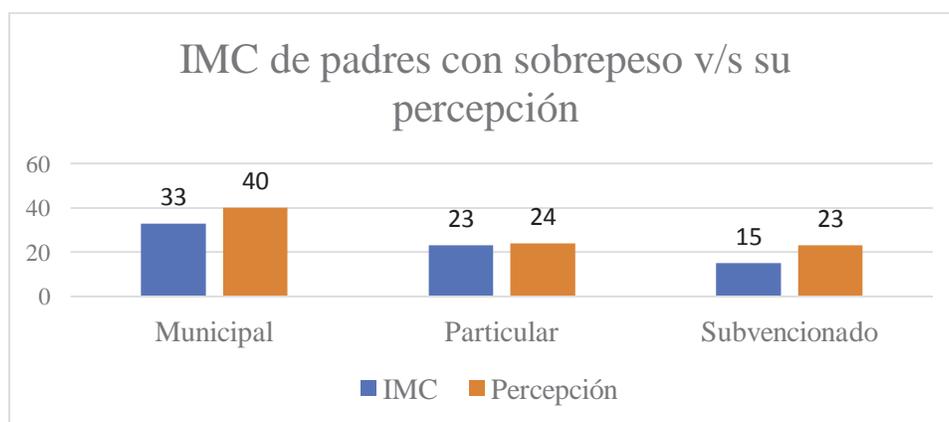


Figura 3.5: Relación de IMC de padres con sobrepeso u obesidad con respecto a su propia percepción

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

### 3.3.2 Percepción de los padres respecto al peso de sus hijos

Por otra parte, se evidencia la percepción de los padres respecto al peso de sus hijos. Como se puede observar, en la Tabla 9 los padres del establecimiento Municipal 68 de 81 padres que respondieron este apartado, aseguran que en el primer año de su hijo lo veían con un peso normal, mientras que solo 7 padres perciben a su hijo sobre peso u obesidad en la primera etapa de vida. Cuando los hijos cumplen dos años el 90% piensa que su hijo esta con un peso normal. Ya esta cifra disminuye en la percepción actual del peso de sus hijos, considerando el 72% de los padres a sus hijos con peso normal, pero no deja de ser preocupante debido a los altos índices de sobre peso y obesidad de este establecimiento. Cabe destacar que las cifras de percepción de sobrepeso de los hijos aumentan de 6.1% a 25%.

Tabla 9: Percepción de padres de establecimiento Municipal respecto al peso del hijo

Preguntas	Municipal				
	Marcado Bajo peso	Bajo peso	normopeso	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
Como lo veía durante el primer año	1	5	68	5	2
Como lo veía a los dos años	0	0	73	8	0
Como lo veía entre los 3-5 años	0	1	71	9	0
Como se ve en la actualidad	0	1	59	21	0

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

Tabla 10: Percepción de padres de establecimiento particular respecto al peso de su hijo

Preguntas	Particular				
	Marcado Bajo peso	Bajo peso	normopeso	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
Como lo veía durante el primer año	0	5	46	12	1
Como lo veía a los dos años	0	3	56	5	0
Como lo veía entre los 3-5 años	0	4	52	8	0
Como se ve en la actualidad	0	1	51	12	0

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En el caso del establecimiento particular los padres en su mayoría no ven a sus hijos marcados en sobrepeso en ninguna etapa de su vida, tal como se muestra en la Tabla 10, pero sí en la actualidad un 18.75% de estos los percibe con sobrepeso. En la Figura 2.2, donde se revela el estado nutricional de los niños, el 26% de los niños con sobre peso u obesidad corresponde a esta dependencia, es decir, que existe una diferencia de 12.75% de padres de los cuales no reconocen a sus hijos con sobrepeso, lo cual se traduce en que no están tomando las medidas necesarias de una buena alimentación.

Por otro lado, tenemos la dependencia subvencionada, en donde las máximas cifras se presentan en las percepciones de normopeso a lo largo de todo el ciclo de vida de los hijos. Como observa en la Tabla 11, al igual que las tablas anteriormente presentadas el patrón de respuesta se repite ya que la percepción de hijos bajo peso es menor a la percepción de hijos sobre peso, al igual que los índices de percepción de hijos marcado sobrepeso.

Tabla 11: Percepción de padres del establecimiento Subvencionado respecto al peso del hijo

Preguntas	Subvencionado				
	Marcado Bajo peso	Bajo peso	normopeso	Sobrepeso	Marcado sobrepeso
Como lo veía durante el primer año	1	5	37	9	1
Como lo veía a los dos años	0	4	41	7	1
Como lo veía entre los 3-5 años	0	4	42	6	1
Como se ve en la actualidad	0	2	43	8	0

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

A continuación, en la Figura 3.4 se presentan los IMC de los estudiantes con sobrepeso u obesidad y la percepción de padres que los consideran de esta manera, esto diferenciado por cada dependencia escolar. Se puede apreciar que en los tres establecimientos los padres tienen una concepción errónea del estado nutricional del niño, existiendo 22 padres que no perciben el mal estado nutricional de sus hijos en el colegio Subvencionado, 20 padres en el colegio Municipal y 13 en el Particular.

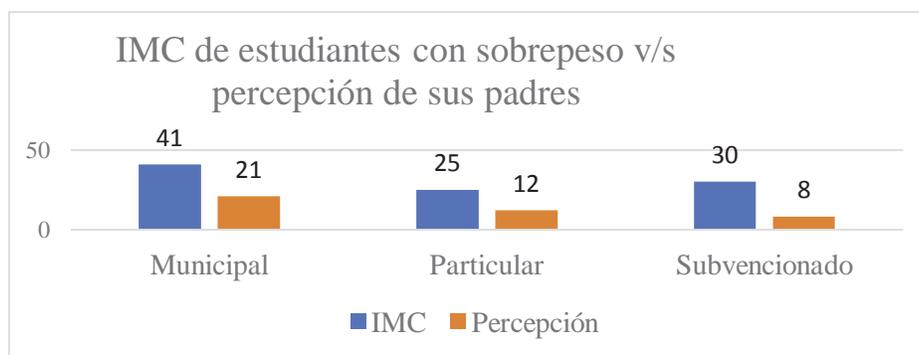


Figura 3.6: Relación del IMC de estudiantes con sobre peso u obesidad respecto a la percepción de los padres.

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

### 3.4 Preocupación de los padres respecto del peso del hijo

En lo que respecta a la Tabla 12 en promedio los padres de los tres establecimientos se encuentran en su mayoría preocupados en mayor o menor medida bajo las tres circunstancias presentadas: como se alimentan cuando ellos no están presentes; que tenga una dieta balanceada para mantener su peso y que su hijo este ganando peso. Estos resultados se pueden justificar en cierta medida con lo observado en la Figura 2.2, la cual presenta al establecimiento municipal como la dependencia educativa con peor estado nutricional de los estudiantes ya que los padres declaran estar “poco preocupados” con los hábitos alimenticios de sus hijos.

Tabla 12: Preferencia de los padres en la pregunta del ámbito de preocupación de los padres del peso del niño

Preguntas	Municipal	Particular	Subvencionado
Come demasiado	2,90±1,44	2,56±1,52	2,84±1,40
Dieta para mantener el peso	3,06±1,46	2,96±1,46	3,20±1,24
Estar ganando peso	2,91±1,46	2,67±1,50	3,03±1,38

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

### 3.5 Control de la alimentación de los niños

En relación con el monitoreo que realizan los padres a sus hijos en el ámbito de la alimentación, se aprecia en la Tabla 13 correspondiente al grado de influencia de que sus hijos NO coman los siguientes alimentos.

Tabla 13: Monitoreo de padres acerca de la alimentación de sus hijos

Preguntas	Municipal	Particular	Subvencionado
Comer dulces	4,45±1,03	4,45±1,09	4,56±,79
Comida alta en grasas	4,46±1,01	4,32±1,22	4,52±,82
Cantidad comida favorita	4,32±1,03	3,89±1,35	4,13±1,14
Mantenido comida fuera del alcance	3,64±1,46	3,34±1,70	3,35±1,69
Ofrezco dulce como premio	2,11±1,53	1,51±1,00	1,58±,98
Ofrezco comida favorita como premio	2,32±1,61	1,59±1,07	1,84±1,40

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

De lo anterior, se puede interpretar que los padres de los tres colegios tienen un grado de protección acerca de lo que consumen sus hijos, ya sean dulces, comidas altas en grasas como su comida favorita. En esta última destacan los padres del colegio particular los cuales declaran estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo” con la afirmación n° 17 del cuestionario CFQ “Tengo que asegurarme de que mi hijo no coma mucha cantidad de su comida favorita”.

Con lo que respecta a mantener intencionadamente la comida fuera del alcance del niño las máximas en las respuestas de los padres se encuentran en estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo”.

Tabla 14: Restricciones

Preguntas	Municipal	Particular	Subvencionado
Es necesario que regule o guíe su alimentación, ya que el comería demasiada comida chatarra.	4,13±1,30	3,31±1,46	3,35±1,68
Es necesario que regule o guíe su alimentación, ya que el comería demasiada comida favorita.	4,12±1,25	3,32±1,48	3,37±1,68
Mi hijo debe comer toda la comida del plato.	3,76±1,54	2,73±1,49	3,52±1,47
Tengo que asegurarme que coma lo suficiente.	4,13±1,27	3,20±1,59	3,83±1,31
Si mi hijo no tiene hambre, trato de que coma igual.	3,30±1,59	2,76±1,44	3,35±1,41
Si yo no regulara su alimentación el comería mucho menos.	3,86±1,42	2,95±1,52	3,50±1,60

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En la Tabla 14 en su mayoría los padres mantienen una postura de una leve preocupación o de indiferencia de regular la alimentación de sus hijos en los tres colegios estudios. Los colegios particulares presentan una menor presión al hijo al momento de comer, presentando en paralelo el menor índice de obesidad en comparación al resto de los establecimientos.

En la Tabla 15 presentada a continuación, se declaran los resultados de como los padres controlan las comidas altas en grasas, snacks, y dulces que comen sus hijos, en donde se aprecia que el promedio, en los tres establecimientos, se encuentra en que los padres “la mayoría de las veces” interviene en la alimentación de comidas poco saludables de sus hijos.

Tabla 15 Presión de los padres para que sus hijos se alimenten.

Preguntas	Municipal	Particular	Subvencionado
Control de los dulces	4,20±,89	4,10±,87	4,00±,96
Control snacks	4,22±,94	4,07±,99	4,32±,77
Comida alta en grasas	4,29±,91	4,00±1,03	4,16±,1,01

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

### 3.6 Relación IMC y Tipo de Dependencia Administrativa

A continuación, se realizarán relaciones entre el IMC de padres y niños según el tipo de dependencia administrativa.

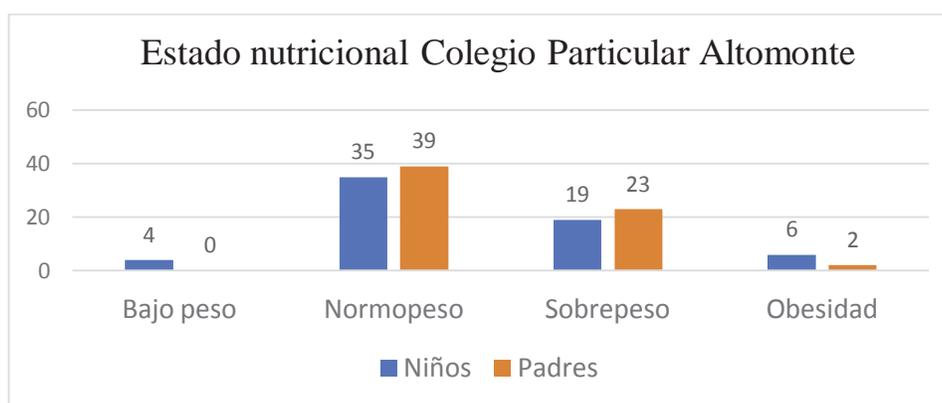


Figura 3.7: Clasificación de niños y padres según su IMC en establecimiento Particular.

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En la Figura 3.7, se observa la cantidad de alumnos y padres según su IMC, abarcando desde bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. En donde la categoría normopeso es

la que presenta mayor cantidad de personas tanto niños como padres. En la siguiente figura se clasifica a los niños y padres de la Escuela Municipal México según su Índice de Masa Corporal.

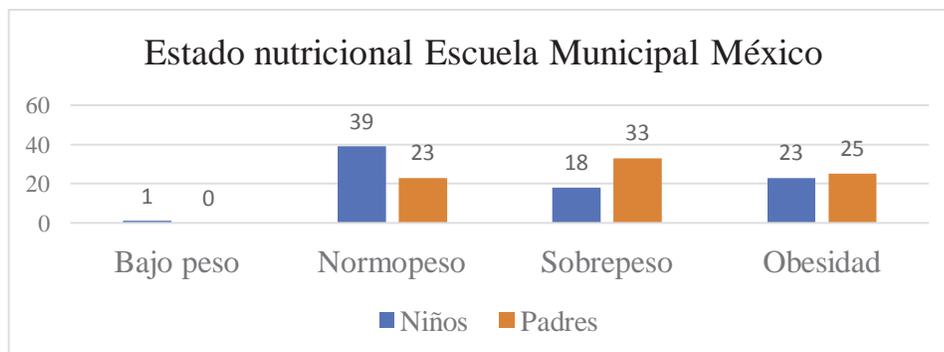


Figura 3.8: Clasificación de niños y padres según IMC en establecimiento municipal Escuela México

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En lo que respecta a la Figura 3.8 los alumnos del establecimiento municipal presentan en su mayoría un estado nutricional normal, pero la brecha entre normopeso y sobrepeso es de gran tamaño. Por otra parte, destacan los padres con sobrepeso con mayores índices, existiendo un 71% de padres con sobrepeso u obesidad.

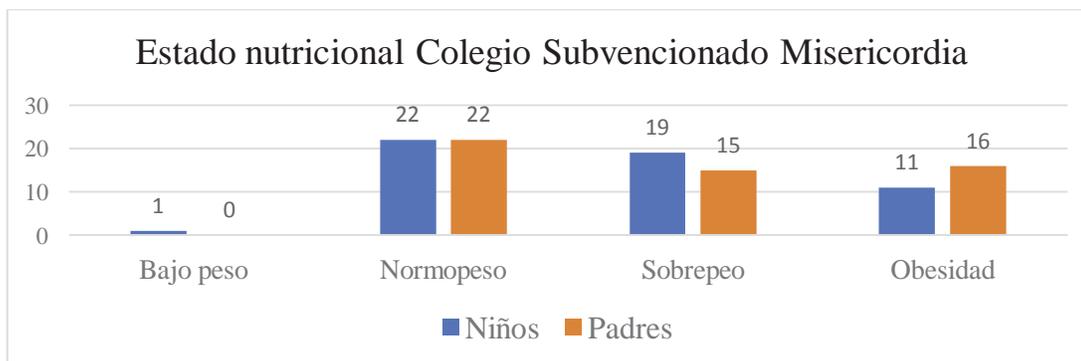


Figura 3.9: Clasificación de niños y padres según IMC de Establecimiento Subvencionado Misericordia

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En relación con el establecimiento Subvencionado, tal como se aprecia en la Figura 3.9, de un total de 106 encuestados del Colegio Misericordia, en donde 53 son padres y 53 estudiantes, es de relevancia que un 58% de los padres presenta sobre peso u obesidad,

mientras que el 56% de los niños del establecimiento presentan condiciones de sobrepeso u obesidad. Lo anterior da cuenta de que más del 50% de los participantes del estudio del colegio Misericordia, presentan obesidad o sobrepeso.

Tabla 16 Frecuencia percepción del padre respecto al peso del hijo de las distintas dependencias en la actualidad

Preguntas	Municipal			Particular			Subvencionado		
	Nor. (n=39)	Sob. (n=18)	Ob. (n=23)	Nor. (n=35)	Sob. (n=19)	Ob. (n=6)	Nor. (n=22)	Sob. (n=19)	Ob. (n=11)
Marcado bajo peso	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Bajo peso	38	14	7	0	0	0	0	1	0
Normal	4	4	12	35	13	1	22	17	4
Sobrepeso	0	0	0	0	6	5	0	1	7
Marcado sobrepeso	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En lo que respecta a la percepción del peso que tienen los padres de sus hijos en las distintas dependencias administrativas, tal como se aprecia en la Tabla 16, se destaca que, en el caso del establecimiento municipal, en donde 41 de sus estudiantes se encuentra en sobrepeso u obesidad, ningún padre percibe este problema. Por su parte en colegio subvencionado, como se observa en la Figura 3.9, el 56% de los niños presenta sobrepeso u obesidad y solo el 39% de los padres percibe la situación

Tabla 17: Medidas de tendencia central de responsabilidad percibida según dependencia administrativa e IMC

Preguntas	Municipal			Particular			Subvencionado		
	Nor.	Sob.	Ob.	Nor	Sob.	Ob.	Nor	Sob	Ob.
Responsable de su alimentación	2,95±,21	3,0±,00	3,00±,00	4,34±,80	4,57±,60	5,0±,83	4,50±,91	4,84±,50	4,72±,46
Responsable de tamaño de las porciones	2,90± ,29	3,0±,00	3,0±,00	4,45±,91	4,42±,50	4,5±,83	4,59± ,73	4,52±,84	4,00±,63
Responsable alimentación correcta	2,90±,29	3,00±,00	2,95±,22	4,45±,85	4,36±,59	4,33±,81	4,54±,73	4,47±1,02	4,09±,53

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En la Tabla 17 se observa la responsabilidad percibida que tienen los padres, clasificada según la dependencia administrativa y el IMC de los niños ubicados en dicho

establecimiento. Los datos arrojan la constante preocupación de los padres con los chicos con sobrepeso y obesidad en los colegios particular y subvencionado, en contraste con la información entregada por la escuela municipal que refleja en los padres una menor responsabilidad en cuanto a la alimentación de sus hijos en las tres categorías.

Tabla 18: Medidas de tendencia central Restricciones de alimentos.

Preguntas	Municipal			Particular			Subvencionado		
	Nor. (n=44)	Sob. (n=18)	Ob. (n=19)	Nor (n=35)	Sob. (n=19)	Ob. (n=6)	Nor (n=22)	Sob (n=19)	Ob. (n=11)
Es necesario que regule o guíe su alimentación, ya que el comería demasiada comida chatarra	2,68±,63	2,55±1,0	2,47±,90	3,11±1,4	3,57±1,3	4,16±1,6	3,72±1,5	2,63±1,70	4,09±1,44
Es necesario que regule o guíe su alimentación, ya que el comería demasiada comida favorita	2,65±,64	2,66±,84	2,52±,90	2,91±1,4	3,78±1,2	4,16±1,6	3,72±1,6	2,73±1,66	4±1,54
Mi hijo debe comer toda la comida del plato	2,54±,84	2,38±1,0	2,10±1,0	2,97±1,4	2,63±1,4	1,83±1,6	3,63±1,3	3,42±1,50	3,36±1,68
Tengo que asegurarme que coma lo suficiente	2,75±,53	2,50±,92	2,36±,89	3,20±1,5	2,89±1,4	3±2,19	4,09±1,2	3,89± 1,14	3,09±1,57
Si mi hijo no tiene hambre, trato de que coma igual	2,47±,76	2,11±1,7	1,94±,97	3,14±1,4	2,05±,84	2,16±1,8	3,90±1,2	3,21± 1,43	2,36±1,20
Si yo no regulara su alimentación el comería mucho menos	2,56±,72	2,33±1,1	2,36±,95	3,05±1,5	2,78±1,3	2±1,67	3,95±1,2	3,36±1,70	2,72±1,79

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

En la Tabla 18 se observa la restricción que tienen los padres de las tres dependencias administrativas, clasificadas según el IMC de los niños de cada colegio. Esta indica que los padres de los chicos con obesidad en la escuela municipal, sobrepeso en la escuela particular y sobrepeso en el colegio subvencionado, no regulan constantemente la ingesta de comida chatarra en sus niños.

Tabla 19: Medidas de tendencia central Control alimenticio.

Preguntas	Municipal			Particular			Subvencionado		
	Nor. (n=44)	Sob. (n=18)	Ob. (n=19)	Nor (n=35)	Sob. (n=19)	Ob. (n=6)	Nor (n=22)	Sob (n=19)	Ob. (n=11)
Control de los dulces	2,75±,43	2,83±,70	2,52±,96	4,05±,90	4,10±,93	4,5±,54	3,90±,92	4,10± 1,04	3,90±,94
Control snacks	2,75±,43	2,77±,73	2,52±,96	3,88±,11	4,21±,93	4,5±,5,4	4,18±,79	4,47±,84	4,27±,64
Comida alta en grasas	2,77±,42	2,83±,70	2,52±,96	3,77±,11	4,21±,78	4,6±, 5,1	4,04±1,0	4,21±1,13	4,27±,64

Fuente: Elaboración propia con datos rescatados de encuesta CFQ

La Tabla 19 nos muestra el control que tienen los padres con sus hijos, en la alimentación de dulces, grasas y snacks, clasificados según dependencia administrativa e IMC de los niños. Esta nos indica que los padres de los colegios particular y subvencionado si controlan la ingesta de estos alimentos en todas sus categorías, sin embargo, los padres de los niños con normopeso, sobrepeso y obesidad en las escuelas municipales, solo algunas veces o rara vez se preocupan de controlar el consumo de dulces, grasas o snacks.

## **CAPÍTULO IV**

# **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **4. Discusión de los Resultados**

En el capítulo que se presenta a continuación se genera un análisis de los resultados obtenidos de esta investigación, la cual será contrastada con lo que dice la literatura actual. De esta manera se podrán conocer diferentes estudios relacionados a los hábitos de alimentación de padres de niños con sobrepeso y obesidad de primer ciclo básico.

A su vez se evidenciará la percepción sobre el propio peso del padre y/o tutor en base al Índice De Masa Corporal (IMC) que fue calculado en base a datos que se dieron a conocer en el cuestionario CFQ. Aquella información permitirá comparar la evidencia investigativa sobre la relación entre conductas, creencias, percepción del peso corporal y el índice de masa corporal de los padres con niños con sobrepeso u obesidad. Para finalizar la discusión de los resultados se mantienen las mismas áreas que en capítulo anterior, estas son: IMC de los niños y padres según dependencia administrativa, responsabilidad percibida, percepción del peso padre e hijo, preocupación del padre respecto al peso del hijo y control de la alimentación de los hijos.

### **4.1 IMC de los niños y padres según dependencia administrativa**

Luego de realizar mediciones de IMC en los tres colegios intervenidos Colegio Altomonte, Escuela México y Colegio Misericordia, se efectuó una estadística donde se clasificó y contabilizó a los niños que sufren de obesidad y sobrepeso, e identificamos la relación que hay entre niños y padres con alto IMC. En el establecimiento municipal hay 25 padres que sufren de obesidad, similar a la cantidad de niños obesos (n=23).

Según un estudio realizado en México a cargo de Klünder, Cruz M, Medina P y Flores S, se observó que los padres de los niños con obesidad tuvieron mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los padres de los niños que presentan un peso normal. De los padres de los niños con obesidad el 93.5% fue diagnosticado con obesidad versus un 74% de los padres de los niños normopeso. Las mamás de los niños con obesidad tuvieron sobrepeso u obesidad (82.9%) versus 45.8% de las mamás de los niños eutróficos (Miguel Klünder-Klünder<sup>1</sup>, Miguel Cruz<sup>2</sup>, Patricia Medina-Bravo<sup>3</sup>, Samuel Flores-Huerta, 2011).

## 4.2 Responsabilidad percibida

De acuerdo a los datos obtenidos en la categoría de responsabilidad percibida por los padres en la alimentación de sus hijos, los resultados arrojaron que generalmente si se preocupan por la alimentación de sus niños, de hecho en los tres establecimientos investigados, el promedio de padres declaran estar preocupados la mayoría de las veces en lo que sus hijos comen, arrojando que no existe alguna diferencia significativa por dependencia administrativa en cuanto a la responsabilidad percibida en relación a lo que consumen. Sin embargo, de acuerdo a los datos obtenidos en la Tabla 17, en la escuela municipal, en todas las categorías los padres se preocupan “algunas veces” (constante 3) de la alimentación de sus hijos cuando están en familia, y en los colegios particular y particular subvencionado, la alimentación de los niños tiende a aumentar, se puede apreciar que en el colegio Altomonte lo niños que tienen obesidad, muestra que los padres “siempre” (5,0) están preocupados en lo que sus hijos comen, estadística casi similar en cuanto a la responsabilidad que tienen de que sus hijos coman correctamente, en donde “la mayoría de las veces” (4,33) vigilan que su nutrición sea la adecuada. Dato similar al establecimiento subvencionado, en donde los padres que tienen chicos con sobrepeso, también tienden “siempre” (4,84) a preocuparse de lo que comen sus niños, y a la vez, “la mayoría de las veces” (4,47) monitorean de que su alimentación sea la correcta, arrojando en la estadística un contraste tremendo de acuerdo a la percepción que tienen ellos en cuanto a la responsabilidad en la alimentación adecuada de sus hijos, y la realidad en la cual se encuentran de acuerdo a los datos obtenidos con IMC. Datos similares a los encontrados en una investigación realizada por (Giordano & Sartori, 2012) en Cachi, Argentina, quienes investigaron la percepción de las madres en el estado nutricional de sus hijos de primaria, arrojando un 49% de alteración en la percepción materna de la imagen corporal de sus niños, observando un mayor porcentaje de alteración en la percepción en los chicos con sobrepeso y obesidad, demostrando la percepción errónea que suelen tener los padres de acuerdo al estado nutricional de sus hijos, sobre todo con los chicos que tienen un peso excesivo.

Si bien es cierto, los datos arrojan que los padres de los colegios particular y particular subvencionado, son los responsables de la alimentación de sus hijos cuando están en sus

casas, de igual manera presenta que son parte de la causa del IMC que tienen esos niños, puesto que los integrantes familiares tienen fuerte influencia en la dieta de los chicos y en las conductas que se relacionan con su estado nutricional, creando hábitos en base a esa construcción social y cultural y que está acordada implícitamente por sus integrantes (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012) esclareciendo en cierto punto, la errónea percepción que suelen tener los tutores del niño de acuerdo a su estado nutricional y alto índice de masa corporal, tal como se observa en la Figura 3.2, donde los padres de estos niños de igual manera presentan problemas con su alimentación, relacionando aún más el déficit de hábitos nutricionales en el hogar de estas personas, generando malas prácticas ya sea en la elección de los alimentos o la cantidad que ingieren, por esto a la vez imitan conductas observadas de las personas adultas que respetan y son expuestos a una serie de alimentos enmarcados por los padres (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012).

Además, se puede destacar, que la menor preocupación de los padres, es en la escuela municipal, a diferencia del colegio particular y subvencionado en la alimentación de sus hijos, ya que los primeros cuentan con datos de IMC en obesidad y sobrepeso, superiores a los otros dos, de hecho, los datos indican que solo “algunas veces” (constante 3) son responsables de la alimentación de ellos. Si bien es cierto, las escuelas públicas, generalmente cuentan con programas de intervención en alimentación (PAE), que entregan comidas en cantidad y calidad nutricional saludable para sus estudiantes (Salinas, Correa, & Vio del Río, 2013), solo es una parte en la creación de hábitos alimenticios para los niños, en donde también son considerados como elemento importante, la familia y específicamente los padres de los involucrados.

### **4.3 Percepción del peso del padre e hijo**

#### **4.3.1 Percepción del padre acerca de su propio peso**

En lo que concierne a la percepción de los padres y/o tutores respecto el peso de sus hijos, en el establecimiento municipal 48 padres consideran que sus hijos están dentro del rango de peso normal, cifra alarmante, ya que la muestra estudiada suma un total de 81 niños, de los cuales 64 padecen de sobrepeso y/u obesidad. En esta situación se ve

reflejada una percepción errónea del peso de los hijos. A partir de esto, Chávez et al. (2016), quienes en un reciente estudio investigaron la alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres y/o tutores de niños y niñas preescolares, presentaron que el 97,7% de los padres de niños con sobrepeso y/u obesidad tenían una percepción errónea, subestimando el peso de los niños clasificándolos como normopeso.

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.

Las cifras presentadas anteriormente dejan en evidencia una posible problemática en aquellos futuros adultos si no se realiza una intervención temprana. Según 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,).

#### **4.3.2 Percepción del padre acerca del peso de su hijo.**

Dentro del listado de preguntas que se presentaban en el cuestionario CFQ, se buscó indagar a cerca de la percepción del propio peso de los padres y/o tutores respecto a su edad, abarcando desde los 5-10 años de vida, durante la adolescencia, 20-30 años y hoy en día.

Al comparar la autopercepción de los padres obesos y sobrepeso existentes en los tres tipos de dependencia administrativa, se destaca que en el establecimiento Particular Altomonte es donde existe mayor conciencia sobre el peso corporal. De 19 personas con sobrepeso 10 eran consciente de aquello y de 6 personas obesas dos estaban al tanto, el resto solo se consideraba sobre peso.

Según Binkin et al. (2011) explican cómo influye el ambiente en las distintas etapas de la vida, debido a la crianza en un ambiente obesogénico, puede intervenir en las percepciones que se tengan del infante, normalizando o subestimando la presencia de sobrepeso y/u obesidad, afectando a la propia percepción y a la percepción que puedan tener del estado nutricional de los hijos.

#### **4.4 Preocupación del padre respecto al peso del hijo**

A través de los resultados de esta encuesta, la única dependencia que se encuentra en la categoría de “estar poco preocupado” sobre la alimentación de sus hijos es la municipal (2,91), aspecto alarmante debido a que este establecimiento posee los niveles más alto de sobre peso. Lo anterior hace sentido al momento de contrastarlo con un estudio comparativo realizado en Chile, “Los conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores” el cual concluye que, en las familias de sectores populares, el 80% consumía bebidas gaseosas y golosinas y a lo referido por las Encuestas de Presupuesto y Gastos del INE 1998, en que el primer gasto en alimentos de los quintiles más pobres era el pan, seguido de bebidas gaseosas. (M., 2012).

Siguiendo con lo anterior y como nos menciona Restrepo & Maya “otro Factor que condiciona la buena práctica de ingesta alimenticia, la cual se relaciona con la obligación o deber de la madre por mantener un buen estado nutricional en su hijo obligándolos a comer, lo que puede provocar un rechazo o aversión en el niño, y a la vez crear daños en la salud del infante, de esta forma, se creería que comer mucho, es comer sano, ocasionando una mentalidad negativa en cuanto a la ingesta de alimentos. (Restrepo & Maya, 2005). Por tanto, los padres deben estar conscientes de medir los alimentos que sus hijos consumen debido a que son ellos los que pueden evitar el alza en el peso y evitar así enfermedades en edades tempranas. “En base a análisis realizados por agentes de la OMS cada año mueren 2.8 millones de personas debido a enfermedades que se atribuyen a la obesidad tales como cardiopatía isquémicas y diabetes” (Salud 2016).

Cabe destacar que las 3 dependencias administrativas se encontraron en la categoría de “estar preocupados” en lo que respecta a seguir una dieta adecuada para mantener el peso de su hijo, como se observó en la Tabla 12, información relevante ya que hoy en día a los niños se les ha dado mayor autonomía en lo que respecta a su comportamiento, aspecto que puede afectar de manera negativa en la salud del infante. Ya que como se menciona “Por otro lado, la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad ha conseguido que muchos niños coman cuando, como y lo que quieran, siendo la

consecuencia, el mantenimiento de hábitos saludables en la edad adulta y la transmisión de esto a próximas generaciones. (Bolaños, 2009).

Tomando como referencia los resultados de este estudio, podemos concluir que la preocupación de los padres acerca del peso de sus hijos debe estar dirigida en la dieta que consume el niño, cuando está o no supervisado por el entorno que lo rodea (padres o tutores).

#### **4.5 Monitoreo de los padres respecto a la alimentación de sus hijos**

Los seres humanos cuando estamos en la infancia somos influenciados por distintos factores externos que nos hacen adquirir hábitos de alimentación que posteriormente pueden quedar inmersos en nuestro estilo de vida. “Cabe destacar que los hábitos que van educando los padres son el resultado de una construcción cultural y social del entorno en el que se desenvuelven formando pautas culturales acordes a los modelos sociales e históricos establecidos y aceptados; es decir se inculcan a través de los actos cotidianos de los mayores como un mecanismo más de reproducción de la especie incorporados como costumbres” (García, 2005). Gracias a esta información y en base a los resultados obtenidos de las encuestas las cuales están entre un rango de edad de 6 a 10 años es que todo lo anterior hace sentido. Debido a que al estar inmerso en un contexto en donde la alimentación sea negativa, genera un estilo de vida condicionado en la cual los malos hábitos sea el fiel reflejo de lo que sucede en el entorno. Todo esto lo podemos contrastar en base a lo que nos muestra este estudio en relación con el monitoreo que tienen los padres en el consumo excesivo de dulces, comida alta en grasa, y con que los niños no consuman mucha de su comida favorita (preguntas 15-20 del cuestionario CFQ).

Dato a destacar en relación a las estadísticas hace referencia en que el colegio municipal está “ligeramente de acuerdo” en premiar a sus hijos con dulces (2,11), Información relevante si lo contrastamos con la literatura 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 (Blissett J, 2006).

Es importante mencionar que las tres dependencias se encuentran en la categoría de “ligeramente de acuerdo” con lo que se refiere a asegurarse de que los hijos no coman muchos dulces, tal como se observó en la Tabla 13 donde los padres de las tres dependencias tienen un grado de protección acerca de lo que consumen sus hijos. Datos relevantes debido a que como se menciona en el estudio 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. (Sleddens, 2011) Dato a tener en consideración ya que son los padres los mediadores en la alimentación de los niños. “La adquisición de hábitos de alimentación se relaciona con las manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivos respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quien consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales” (Macías, Gordillo, & Camacho, 2012).

Otro punto que destacar, sobre el monitoreo que tienen los padres al momento de que sus hijos no consuman mucha comida alta en grasas, hace mención en que los tres lugares encuestados los resultados son prácticamente similares ubicándolos en la categoría de ligeramente de acuerdo. Particular pagado (4,32), particular subvencionado (4,52), municipal (4,46). Es por esta misma situación que las similitudes que presentan los padres en dicha pregunta pueden repercutir en el comportamiento de sus hijos ya que si los niños observan un contexto adecuado en lo que respecta a buena alimentación, por consecuencia imitaran estos hábitos. “De hecho, un entorno educativo en el cual se privilegia un comportamiento nutricional balanceado logra con el tiempo, adaptar a los niños a tener una comprensión positiva sobre los alimentos que tienen que consumir, generando un impacto provechoso en el cambio de hábitos alimentarios y disminución de la obesidad en la infancia” (Zcarias, Lera, Benavides, Gutiérrez, & Vio, 2011).

#### **4.6 Restricción**

En el consumo de alimentos, es importante inducir la real importancia que le tienen que dar los padres a lo que ingieren sus hijos en su quehacer diario, sobre todo a los niños que están con sobrepeso u obesidad, puesto que ellos son los principales agentes de la

creación de hábitos alimenticios, tal como lo menciona (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012).

Generalmente, en los tres establecimientos, los padres suelen tener cierta indiferencia o una leve preocupación al momento de restringir los alimentos o la cantidad la cual consumen, la diferencia está en que el colegio particular, presenta en sus padres un poco menos de preocupación que los otros dos establecimientos, de hecho, presentan datos de obesidad inferiores al resto. Dentro de los datos relevantes que nos ofrece la restricción de la comida, según la tabla 18, los padres de los niños con sobrepeso en la escuela municipal (18) tienden a estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (2,55) en controlar la comida chatarra que comen sus hijos, similar caso con los niños que tienen obesidad (19), en donde la tendencia a esta pregunta también se ubica en la categoría que indica que los padres no están “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (2,47) en controlar la comida chatarra que comen sus hijos, reflejando la poca preocupación en la calidad nutricional saludable que le suelen dar a sus niños. Datos casi similares que ocurren en el colegio particular, en donde los padres con niños con sobrepeso (19), tampoco suelen darle la real importancia al consumo de chatarra en sus hijos, promediando 3,57 con desviación de 1,3 estándar, es decir entre estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo” y “ligeramente de acuerdo”. Mismo caso que el subvencionado, en donde los padres con chicos con sobrepeso (19), tienden a estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (2,63 desviación 1,70) a que sus hijos consuman alimentos chatarras en su quehacer diario, en otra investigación que estudió la percepción de las madres de acuerdo a la nutrición de sus hijos, este indica que la percepción que tienen de sus niños, no es la que realmente ocurre, de hecho de 26 niños con sobrepeso, 20 madres consideraron que están en un buen estado nutricional, y de 13 niños con obesidad, ninguna madre consideró que sus hijos están en con un índice de masa corporal excesivo, de hecho (Cabrera, y otros, 2013) indica que las madres de chicos con sobrepeso y obesidad presentan un nivel relativamente bajo de acuerdo a la preocupación que deben tener con la alimentación de sus hijos, el mismo artículo señala que al momento de que los padres conocen la real situación en cuanto al peso de su hijo, las restricciones de comida chatarra aumentan considerablemente, sin embargo los datos de esta investigación nos arrojan que la percepción de los padres es mala y por ende la restricción o preocupación de ciertos alimentos es menor. La (OMS)

define sobrepeso u obesidad como la acumulación de grasa anormal o excesiva que puede deteriorar la salud la cual es ocasionada por un desequilibrio entre las calorías que una persona ingiere a diario en contraste con sus calorías gastada, esto nos indica que el sobrepeso es ocasionado en parte por consumir grasas, y la comida chatarra está clasificada como alimentos ricos en grasa, por ende la restricción de esta comida es importante remarcarla, ya que ayuda a evitar problemas en nuestra salud y nuestro peso, algo que contrasta con la realidad que nos muestra los datos anteriormente identificados y mencionados en ciertos niños de los tres establecimientos.

Sin embargo la restricción propiamente tal y las inducciones que los padres pueden darles a los niños de acuerdo a los alimentos que consumen, puede en ciertas edades ocasionar problemas en la nutrición del chico, debido a que la mayoría desconoce los efectos a largo plazo que pueden ocasionar en la autorregulación, autonomía y bienestar del niño ocasionando problemas de alimentación en su niñez, adolescencia e incluso adultez (Castrillon & Giraldo, 2014).

#### **4.7. Presión para comer**

Existen ciertos factores en la actualidad que pueden afectar los hábitos alimenticios de los niños, entre ellos podemos destacar tres, los cuales son, el establecimiento educativo en que están inmersos, la publicidad televisiva y la familia. Primeramente, los datos obtenidos según la Tabla 19, estos nos arrojan que en los colegios particular y subvencionado, el control del consumo de dulces, snacks y grasas por parte de los padres con sus hijos, es positiva por el hecho de que la constante en todas las categorías, ya sea en normopeso, sobrepeso y obesidad, se centra en que la mayoría de las veces los padres se preocupan en el consumo de estos alimentos. En contraste con los dos colegios mencionados, los datos de la escuela municipal nos indican que los niños con sobrepeso y obesidad, no reciben una presión importante en el control e ingesta de dulces, snacks y grasas, de hecho la constante se ubica entre 2,5 y 2,8, es decir los padres rara vez o alguna vez se preocupan del consumo de estos alimentos, reflejando la realidad que tienen los niños con la poca preocupación que tienen sus padres en el control nutricional saludable que deberían obtener. Respaldao los datos anteriores, según una investigación realizada por (Olivares, Yáñez, & Díaz, 2003) en escuelas municipalizadas

de Melipilla, Copiapó y Dalcahue, un 68,1% de los estudiantes encuestados, compra alimentos envasados que son dulces o salados, reflejando los hábitos de alimentación que suelen tener en su quehacer diario, dentro del mismo estudio, el 38,8% de los alumnos llevaba colación desde sus hogares, y el 47,4% de ellos, llevaban comidas envasadas ya sean dulces o saladas, alcanzando incluso el 60% en Dalcahue, lo que indica el poco conocimiento nutricional adecuado que traen desde sus casas. Complementando el tema de hábitos de alimentación, un estudio realizado en argentina (Roviroso, Zapata, Gomez, Gotthelf, & Ferrante, 2017), reveló que las golosinas, lácteos y servicios de comida rápida son los alimentos publicitados con mayor presencia, de hecho, la mitad de estos anuncios fueron alimentos altos en azúcares, la cuarta parte eran altos en grasas saturadas y el 15% altos en sodio o grasas; y que solo una tercera parte de los anuncios de comida, fueron categorizados como saludables (35,8%), lo que nos indica que la publicidad televisiva es un factor importante en el consumo de estos alimentos. Sin embargo, pese a que los datos nos indican que la publicidad no ayuda mucho en la creación de hábitos de nutrición saludable, el factor principal en esto siempre va a ser la familia, con mayor énfasis en el padre y la madre, en donde estos ejercen una fuerte influencia en los patrones de consumo que pueden tener sus hijos. (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012), por lo tanto, la responsabilidad que debieran tener con sus niños tiene que ser mayor, sobre todo si cuentan con un índice de masa corporal ligado a la obesidad y sobrepeso notorios.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES**

## 5. Conclusiones

Finalizado el proceso investigativo y de análisis de los datos obtenidos a lo largo de la investigación, se puede evidenciar que existen diversos factores implícitos en nuestro trabajo de título.

En base a lo anterior, a continuación, se desprenderán los elementos que comprenden la conclusión de esta investigación:

Para el objetivo general de nuestro proceso investigativo, el cual; identificar las creencias de los padres sobre la alimentación de sus hijos según dependencia administrativa de tres instituciones escolares.

En relación con los objetivos de esta investigación se logró Identificar el IMC en niños y niñas de 1ro a 4to básico de tres colegios de diferente dependencia administrativa.

Identificar las creencias, monitoreos y restricciones de padres a niños según su IMC.

Identificar las creencias, monitoreos y restricciones de padres de niños según IMC de tres dependencias administrativas.

A partir de estos objetivos podemos señalar lo siguiente:

Lo que respecta al objetivo específico que buscaba identificar IMC en niños y niñas de 1ero a 4to básico de tres colegios de diferentes dependencias administrativa de la ciudad de Viña del mar, podemos señalar que en la dependencia municipal se encontraron los mayores índices de obesidad, por su parte el establecimiento particular obtuvo el nivel más bajo a lo que respecta a obesidad. A su vez al momento de analizar a los estudiantes con sobrepeso en base al IMC, las 3 dependencias obtuvieron resultados similares. Cabe mencionar que en el establecimiento Altomonte (particular) se encontraron la mayor cantidad de niños en bajo peso, dejando a las otras 2 dependencias con la misma cantidad de alumnos a lo que respecta a la categoría mencionada. La categoría de normopeso fue la que integró la mayor cantidad de alumnos, en donde el colegio municipal obtuvo el mayor número de estudiantes, el subvencionado obtuvo el segundo lugar, dejando al particular con el menor número de estudiantes en normopeso. Para finalizar podemos mencionar que el colegio alto monte (particular) obtuvo los niveles

más bajo de sobrepeso y obesidad en relación con la Escuela México (municipal) y colegio Misericordia (particular subvencionado).

En base al objetivo específico que buscaba identificar las creencias, monitoreos y restricciones de padres a niños según su IMC, se puede concluir que los padres de los niños con normopeso tienden a tener una percepción adecuada, de acuerdo a la composición corporal de sus hijos, ubicándolos en su mayoría en la categoría que corresponden, sin embargo, existe un contraste en relación a los padres con niños con sobrepeso y obesidad, ya que la mayoría de ellos, tiene una percepción errónea del estado nutricional el cual pertenecen sus hijos, ubicándolos en base a sus creencias, en rangos de normopeso e incluso bajo peso. Al fijarnos en los monitoreos que suelen tener los padres con sus hijos en el consumo de diferentes alimentos preferidos por los niños, encontramos que los datos son similares entre sí, tanto los chicos con normopeso, sobrepeso y obesidad, tienen padres que están de acuerdo en asegurar que sus hijos no coman demasiados dulces o alimentos ricos en grasa. Finalmente, al centrarnos en la restricción que tienen los padres de acuerdo a la comida que consumen sus niños, se concluye que la mayoría de los tutores de niños con sobrepeso y obesidad, no poseen un control excesivo adecuado que busque controlar la comida chatarra que ingieren sus hijos, además declaran y perciben que si ellos no controlaran en cierto punto lo que consumen, comerían mucho más de lo que deberían.

Los hábitos alimenticios que van educando los padres son el resultado de una construcción cultural y social del entorno en el que se desenvuelven, se inculcan a través de los actos cotidianos, como un mecanismo más de reproducción de la especie incorporados como costumbres” (García, 2005). El planteamiento de este autor se ve netamente reflejado en la realidad del establecimiento Municipal Escuela México, de acuerdo con el a estadística existe 25 padres obesos y 23 niños en la misma condición. Esto quiere decir que los hábitos alimenticios en este caso se reproducen, se repite la condición y el deterioro de la salud. En el establecimiento particular pagado Altomonte, se presenta una situación similar, pero a diferencia que es en torno a las personas sobrepeso, existe 23 padres sobre peso y 25 niños en igual condición. Esto hace pensar que los padres no se preocupan o no monitorean la alimentación de sus hijos. La

situación descrita anteriormente se podría justificar con una percepción errónea del estado nutricional del niño como sucede en el estudio realizado por Rietmeijer-mentink, Paulins, Van Middelkoop, Bindels & van del Wouden (2012), donde explica aquella situación en que 11530 niños presentaban sobrepeso y solo el 64% del total era percibido por sus padres como niños normopeso.

Debido a que el estar inmerso en un contexto en donde la alimentación sea negativa, genera un estilo de vida condicionado en la cual los malos hábitos sea el fiel reflejo de lo que sucede en el entorno. Según la estadística realizada en base a los datos obtenidos a través del cuestionario CFQ en el apartado de “asegurarse de que los hijos no coman muchos dulces” los tres establecimientos coinciden en que están “ligeramente de acuerdo”. Otro punto en común que presentan los establecimientos estudiado es, “asegurarse de que su hijo no consuma mucha comida alta en grasas” ubicándolos en la categoría “ligeramente de acuerdo. Podemos decir que los padres participantes del estudio presentan puntos en común de acuerdo al monitoreo de la alimentación de sus hijos, lo que no quiere decir que el resultado en cuanto al estado nutricional de los menores sea el mismo.

En torno a la restricción de alimentos podemos concluir que en los tres establecimientos analizados existe una cierta indiferencia o leve preocupación al momento de restringir ciertos alimentos o restringir el tamaño de las porciones de comida. En el establecimiento municipal tanto como en el particular los padres de niños con sobrepeso y obesidad presentan una indiferencia en la restricción de ciertos alimentos y en los tamaños de las porciones de comida.

## **5.1. Proyecciones**

Con el fin de propagar y mejorar la eficacia de este estudio y así poder generar futuras indagaciones en base a la propuesta que entrega esta investigación, se pueden agregar una serie de detalles y factores a lo que respecta a la recolección de datos, con el objetivo de alcanzar información más precisa sobre los hábitos de alimentación de padres con niños con sobrepeso y obesidad, y la percepción que estos tienen en cuanto al estado nutricional de sus hijos.

Un aspecto para tener en consideración sobre las preguntas del cuestionario de alimentación infantil (CFQ), es al momento de responder la estatura del padre o tutor del niño, debido que al estar escrito en “talla”, generaba una distorsión en algunas respuestas, provocando una alteración en la recolección de datos para el cálculo del IMC de los encuestados.

En base a lo anteriormente mencionado, es importante buscar estrategias que logren una estimación más certera sobre la composición corporal de las personas a evaluar, debido a que el instrumento de medición IMC, que solo cuantifica en base a la estatura y peso de la persona, no diferencia entre un sujeto con exceso de tejido adiposo y un sujeto con alta masa muscular, por lo que no entrega una información exacta a cerca de la composición corporal del sujeto, información muy importante ya que según (Moreno, 2010) “se ha establecido que el lugar de depósito y la distribución de la grasa en el cuerpo representa un riesgo diferente, correspondiendo al tejido adiposo abdominal y más específicamente al tejido adiposo peri visceral (mesenterio, omentos) el que se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras.

Por otra parte, se puede generar más atención en los niveles de actividad física de los padres ya que se pueden revelar datos adicionales concretos que ayuden a conocer sobre el estado de salud en el cual se encuentran, ya sea entregando información sobre el gasto energético que pierden durante el día o simplemente mencionando si realizan algún deporte o actividad física durante la semana y con qué frecuencia lo hacen.

Para concluir y tomando como referencia lo del párrafo anterior es de suma importancia tener un control más certero sobre la alimentación de los padres y/u tutores, debido a que el control de esta variable nos puede aportar información relevante sobre los hábitos de alimentación de una familia en general y si existe una real influencia en la adopción de estas costumbres nutricionales en los niños. Como se mencionó anteriormente en la infancia se imitan ciertas preferencias alimentarias en la familia o en personas que ellos mismos consideren como un modelo a seguir, en este caso los padres son un factor muy importante, ellos son los que deciden que alimentos comprar o que comida preparar de

acuerdo a su capacidad económica, preferencia o el tiempo que le dedican (Restrepo & Gallego, 2005).

## **BIBLIOGRAFÍA**

## 6. Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. (2001). Media violence. *Pediatrics* 2001; 108: 12226.
- 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.
- Bastidas M. Puericultura del niño en edad escolar. En: el niño sano. Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia 1997; 327-59.
- Biblioteca del congreso nacional de Chile. (6 de Febrero de 2018). *Biblioteca del congreso nacional de Chile*. Obtenido de Biblioteca del congreso nacional de Chile: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/nuevo-sistema-de-educacion-publica>.
- Blissett J, M. (2006). maternal and paternal controlling feeding practices with male and female appetite. 212-219.
- Bolaños, P. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria* 9, 956-972.
- Cabrera, N., Rolon, R., Garcete, L., Sanabria, M., Arredondo, M., & Pizarro, F. (2013). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. *Pediatría*.
- Castrillon, I., & Giraldo, O. (2014). Practicas de alimentacion de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe informacion suficiente para el abordaje de los problemas de alimentacion? *Revista de psicologia*.
- Castro, M., Muros, J., Cofré, C., Zurita, F., Chacón, R., & Espejo, T. (2018). Índices de sobrepeso y obesidad en escolares de Santiago (Chile). *Journal of Sport and Health Research* , 251-256.
- Centro de investigación avanzada en educación. (s.f.). Obtenido de [file:///C:/Users/ignacioandres/Downloads/otros\\_infografiaEP\\_Educacion\\_publica.pdf](file:///C:/Users/ignacioandres/Downloads/otros_infografiaEP_Educacion_publica.pdf)

Contreras J, Gracia M. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Ariel, España, 2005.

Galiano MJ, Moreno JM. El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68(8): 403-8.

García M, Pardío J, Arroyo P, Fernández V (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estud Cult Contemp* 2008; 14: 9-46

Giordano, S., & Sartori, M. L. (2012). Percepción de las madres del estado nutricional de sus niños en una escuela primaria de Cachi (Salta, Argentina). *Vol. 17 Núm. 1 (2012): Ciencia e investigación médica estudiantil latinoamericana (CIMEL)*, 37-41.

Guerrero N, Campos O. I, Luengo J. Estudios sobre hábitos alimentarios racionales de los niños y jóvenes, con especial incidencia en la población inmigrante. Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU), España, 2005.

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>

Macías AI, Gordillo LG, Camacho EJ. Hábitos alimentarios de niños y niñas en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr* 2012; 39 (3):40-2.

Macías I, Quintero L, Camacho E, Sánchez M. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Rev Chil Nutr* 2009; 36:1129-35.

M., F. V. (2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista Chilena de Nutricion*, 34-39.

Miguel Klünder-Klünder<sup>1</sup>, Miguel Cruz<sup>2</sup>, Patricia Medina-Bravo<sup>3</sup>, Samuel Flores-Huerta. (06 de noviembre de 2011). *Padres con sobrepeso y obesidad y el riesgo de que sus hijos desarrollen obesidad y aumento en los valores de la presión arterial*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2018, de [scielo:](http://scielo.org)

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000600006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600006)

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](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 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 (2017). Encuesta nacional de salud (2016-2017). Recuperado de [http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)

Moreiras O, Cuadrado C. Hábitos alimentarios. Tojo, Barcelona, 2001

Moreno JM, Galiano MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediatr Esp.* 2006; 64: 554-8.

Moreno, M. (2010). Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Revista chilena de cardiología*, 85-87.

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](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>

Olivares, S., Yáñez, R., & Díaz, N. (2003). Publicidad de alimentos y conductas alimentarias en escolares de 5° a 8° básico. *Revista chilena de nutrición*.

Ortiz S, Vázquez V, Montes M. La alimentación en México: enfoques y visión de futuro. *Estud Soc* 2005; 13:8-25

Restrepo SL, Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín Antropológico Universidad de Antioquía, Medellín* 2005; 19 (36): 127-48.

Restrepo M. El niño en edad escolar. En: Estado nutricional y crecimiento físico. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia 2000; 255-315.

Rovirosa, A., Zapata, M., Gomez, P., Gotthelf, S., & Ferrante, D. (2017). Alimentos y bebidas publicitados en canales infantiles de argentina: Frecuencia, duracion y calidad nutricional. *Archivos argentinos de pediatria*.

Salinas, J., Correa, F., & Vio del Río, F. (2013). Marco normativo para promover una alimentación saludable en escuelas básicas de Chile. *Revista chilena de nutrición*.

Salinas, J., Correa, F., & Vio del R, F. (2013). Marco normativo para promover una alimentación saludable en escuelas básicas de Chile. *Revista chilena de nutrición*.

Sleddens, E. F. (2011). percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios, 386-388

Scapini, V., & Vergara, C. (2017). El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile. *Perfiles económicos*, 719-756.

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](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf)

Zacarias, I., Lera, L., Benavides, M., Gutierrez, A., & Vio, F. (2011). Prevención de la obesidad en escuelas básicas de Peñalolén: Componente alimentación y nutrición. *Revista chilena de nutrición*, 268-276.

## **ANEXOS**

## 7. Anexos

### ANEXO I: Carta al Director



Viña del Mar, Agosto 2018

**Director**  
**Colegio XXXX**

Junto con saludar, mediante la presente, nos es grato presentarnos como un grupo de investigación de la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, coordinados por los docentes Dra. Jacqueline Paez Herrera, Mg. Juan Hurtado. En la actualidad nos encontramos realizando estudios sobre “Actividad Física y Salud, Conductas motrices en niños y niñas y entornos obesogénicos”

A partir de lo anterior es que se solicita su autorización para la participación de sus estudiantes en el estudio enmarcado en esta investigación, este Proyecto tiene como objetivos principales: Levantar evidencia sobre niveles de actividad física, condición física, desarrollo motriz, hábitos de vida activa y saludable; información sobre los hábitos de vida saludable y cuidado de los padres.

La colaboración de sus estudiantes 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, aptitud física, mediciones antropométricas, cuestionarios, entre otros.

El equipo responsable del proyecto y la 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 esperando que esta solicitud sea acogida,  
Agradecemos su tiempo y gestión.  
Investigador Responsable

JACQUELINE PAEZ  
JUAN HURTADO

## ANEXO II: Consentimiento Informado Padres

---



### Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

#### Dirigido a Padres de estudiantes del Colegio XXXXXXX

Mediante la presente, se le solicita su autorización para la participación de su hijo/hija/pupilo en estudios enmarcados en el Proyecto de investigación “Conductas motrices e Indicadores de salud”, conducido por los profesores: Dra. Jacqueline Paez Herrera, Mg. Juan Hurtado, perteneciente a la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Dicho Proyecto tiene como objetivo principal “Determinar las conductas motrices e indicadores de salud en los estudiantes y sus familias”. 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/pupilo en esta investigación, consistirá en ser parte de la muestra central del estudio, lo cual se realizará mediante mediciones del Índice de Masa Corporal, Test de Desarrollo Motor TGMD-2 (test of gross motor development 2° edición). Dicha actividad durará aproximadamente 30 minutos, será realizada en el establecimiento educacional, durante su jornada escolar en la clase de Educación Física junto a su profesor de Educación Física.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación son conocer sus conductas motoras y analizar el estado de su desarrollo motriz a partir de diferentes variables, por lo que los beneficios reales o potenciales que su hijo/hija/pupilo podrá obtener de su participación en la investigación son identificar sus conductas para efectuar una intervención educativa pertinente y potenciar al máximo su desarrollo. Además, la participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para su hijo/hija/pupilo, 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 la investigación 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 de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que la participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que existe el derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa la participación cuando así se desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Desde ya le agradecemos su participación

**Jacqueline Paez Herrera.**

Investigador Responsable



### Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

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 "Conductas motrices e Indicadores de salud", conducido por los profesores: Dra. Jacqueline Paez Herrera y Mg. Juan Hurtado, perteneciente a la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

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.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico:

**Nombre y firma del participante**

**Dra. Jacqueline Paez  
Investigador Responsable**

## ANEXO III: Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ)

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.	
<b>Básica</b>	<b>200 Mil - 300 mil</b>			
<b>Media</b>	<b>301 mil - 400 mil</b>		<b>Tipo de vivienda</b>	
<b>Técnico profesional</b>	<b>401 mil - 500 mil</b>		<b>Propia</b>	
<b>Universitaria</b>	<b>501 mil - 600 mil</b>		<b>Arrendada</b>	
<b>Posgrado</b>	<b>Más de 601 mil</b>		<b>Familiar</b>	

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. Cuando 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 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**









### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00257	44	1,00	3,00	1,8409	,71343
VAR00258	44	1,00	3,00	1,9773	,82091
VAR00259	44	,00	3,00	1,7955	,82348
VAR00260	18	2,00	3,00	2,3889	,50163
VAR00261	18	1,00	3,00	2,4444	,61570
VAR00262	18	,00	3,00	2,1111	,90025
VAR00263	19	1,00	3,00	2,5263	,69689
VAR00264	19	1,00	3,00	2,5263	,61178
VAR00265	19	1,00	3,00	2,4737	,69689
N válido (por lista)	18				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00266	42	1,00	3,00	2,8571	,41739
VAR00267	44	1,00	3,00	2,7727	,52223
VAR00268	44	1,00	3,00	2,7273	,54404
VAR00269	44	,00	3,00	2,3636	,89159
VAR00270	44	,00	3,00	1,6591	,86113
VAR00271	44	1,00	3,00	1,8182	,89632
VAR00272	18	1,00	3,00	2,7778	,54832
VAR00273	18	2,00	3,00	2,8889	,32338
VAR00274	18	,00	3,00	2,7778	,73208
VAR00275	18	2,00	3,00	2,8889	,32338
VAR00276	18	,00	3,00	1,5556	,92178
VAR00277	18	1,00	3,00	2,1111	,96338
VAR00278	19	1,00	3,00	2,7368	,58195
VAR00279	19	1,00	3,00	2,8947	,45883
VAR00280	19	2,00	3,00	2,7895	,41885
VAR00281	19	,00	3,00	2,1053	,99413
VAR00282	19	1,00	3,00	1,5263	,84119
VAR00283	19	1,00	3,00	1,4737	,77233
N válido (por lista)	18				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00284	35	1,00	5,00	4,1714	1,38092
VAR00285	35	1,00	5,00	3,9714	1,48494
VAR00286	35	1,00	5,00	3,6000	1,47927
VAR00287	35	1,00	5,00	2,8571	1,71743
VAR00288	35	1,00	5,00	1,3714	,91026
VAR00289	35	1,00	4,00	1,4000	,84714
VAR00290	19	3,00	5,00	4,7895	,53530
VAR00291	19	3,00	5,00	4,6842	,67104
VAR00292	19	1,00	5,00	4,0526	1,22355
VAR00293	19	1,00	5,00	3,9474	1,50826
VAR00294	19	1,00	4,00	1,6842	1,05686
VAR00295	19	1,00	5,00	1,6316	1,16479
VAR00296	6	5,00	5,00	5,0000	,00000
VAR00297	6	5,00	5,00	5,0000	,00000
VAR00298	6	5,00	5,00	5,0000	,00000
VAR00299	6	1,00	5,00	4,0000	1,54919
VAR00300	6	1,00	5,00	2,0000	1,54919
VAR00301	6	1,00	5,00	3,0000	1,41421
N válido (por lista)	6				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00302	22	1,00	5,00	4,3636	1,04880
VAR00303	22	1,00	5,00	4,3182	1,04135
VAR00304	22	1,00	5,00	4,0000	1,27242
VAR00305	22	1,00	5,00	3,3182	1,75625
VAR00306	22	1,00	4,00	1,7727	1,06600
VAR00307	22	1,00	5,00	1,9545	1,39650
VAR00308	19	3,00	5,00	4,6316	,59726
VAR00309	19	3,00	5,00	4,6316	,68399
VAR00310	19	2,00	5,00	3,9474	1,17727

VAR00311	19	1,00	5,00	3,1579	1,64192
VAR00312	19	1,00	5,00	1,5283	1,07333
VAR00313	19	1,00	5,00	2,0000	1,58347
VAR00314	11	4,00	5,00	4,8182	,40452
VAR00315	11	4,00	5,00	4,7273	,48710
VAR00316	11	4,00	5,00	4,8182	,40452
VAR00317	11	1,00	5,00	4,0000	1,61245
VAR00318	11	1,00	3,00	1,3836	,67420
VAR00319	11	1,00	5,00	1,4545	1,21356
N válido (por lista)	11				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00320	22	1,00	5,00	3,7273	1,54883
VAR00321	22	1,00	5,00	3,7273	1,60896
VAR00322	22	1,00	5,00	3,6364	1,38882
VAR00323	22	1,00	5,00	4,0909	1,23091
VAR00324	22	1,00	5,00	3,9091	1,23091
VAR00325	22	1,00	5,00	3,9545	1,29016
VAR00326	19	1,00	5,00	2,6316	1,70654
VAR00327	19	1,00	5,00	2,7368	1,66140
VAR00328	19	1,00	5,00	3,4211	1,50243
VAR00329	19	1,00	5,00	3,8947	1,14982
VAR00330	19	1,00	5,00	3,2105	1,43678
VAR00331	19	1,00	5,00	3,3884	1,70654
VAR00332	11	1,00	5,00	4,0909	1,44600
VAR00333	11	1,00	5,00	4,0000	1,54919
VAR00334	11	1,00	5,00	3,3836	1,68954
VAR00335	11	1,00	5,00	3,0909	1,57826
VAR00336	11	1,00	4,00	2,3836	1,20605
VAR00337	11	1,00	5,00	2,7273	1,78383
N válido (por lista)	11				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00338	44	1,00	3,00	2,6818	,63878
VAR00339	44	1,00	3,00	2,6591	,64495
VAR00340	44	,00	3,00	2,5455	,84783
VAR00341	44	1,00	3,00	2,7500	,53374
VAR00342	44	1,00	3,00	2,4773	,76215
VAR00343	44	1,00	3,00	2,5882	,72810
VAR00344	18	,00	3,00	2,5556	1,04162
VAR00345	18	,00	3,00	2,6667	,84017
VAR00346	18	,00	3,00	2,3889	1,03690
VAR00347	18	,00	3,00	2,5000	,92355
VAR00348	18	,00	3,00	2,1111	1,07861
VAR00349	18	,00	3,00	2,3333	1,13759
VAR00350	19	,00	3,00	2,4737	,90483
VAR00351	19	,00	3,00	2,5263	,90483
VAR00352	19	,00	3,00	2,1053	1,04853
VAR00353	19	,00	3,00	2,3684	,89508
VAR00354	19	,00	3,00	1,9474	,97032
VAR00355	19	,00	3,00	2,3684	,95513
N válido (por lista)	18				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00356	35	1,00	5,00	3,1143	1,47072
VAR00357	35	1,00	5,00	2,9143	1,48270
VAR00358	35	1,00	5,00	2,9714	1,42428
VAR00359	35	1,00	5,00	3,2000	1,58671
VAR00360	35	1,00	5,00	3,1429	1,43779
VAR00361	35	1,00	5,00	3,0571	1,58936
VAR00362	19	1,00	5,00	3,5789	1,38707
VAR00363	19	1,00	5,00	3,7895	1,27275
VAR00364	19	1,00	5,00	2,6316	1,49854
VAR00365	19	1,00	5,00	2,8947	1,41007
VAR00366	19	1,00	4,00	2,0526	,84811
VAR00367	19	1,00	5,00	2,7895	1,31567

VAR00368	8	1,00	5,00	4,1667	1,60208
VAR00369	8	1,00	5,00	4,1667	1,60208
VAR00370	8	1,00	5,00	1,8333	1,60208
VAR00371	8	1,00	5,00	3,0000	2,19089
VAR00372	8	1,00	5,00	2,1667	1,83485
VAR00373	8	1,00	5,00	2,0000	1,67332
N válido (por lista)	8				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00374	22	2,00	5,00	3,9091	,92113
VAR00375	22	3,00	5,00	4,1818	,79501
VAR00376	22	1,00	5,00	4,0455	1,09010
VAR00377	19	1,00	5,00	4,1053	1,04853
VAR00378	19	2,00	5,00	4,4737	,84119
VAR00379	19	1,00	5,00	4,2105	1,13426
VAR00380	11	2,00	5,00	3,9091	,94388
VAR00381	11	3,00	5,00	4,2727	,64667
VAR00382	11	3,00	5,00	4,2727	,64667
N válido (por lista)	11				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00383	35	2,00	5,00	4,0571	,90583
VAR00384	35	1,00	5,00	3,8857	1,13167
VAR00385	35	1,00	5,00	3,7714	1,13981
VAR00386	19	2,00	5,00	4,1053	,93659
VAR00387	19	2,00	5,00	4,2105	,78733
VAR00388	19	2,00	5,00	4,2105	,78733
VAR00389	8	4,00	5,00	4,5000	,54772
VAR00390	8	4,00	5,00	4,5000	,54772
VAR00391	8	4,00	5,00	4,6887	,51640
N válido (por lista)	8				

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00392	44	2,00	3,00	2,7500	,43802
VAR00393	44	2,00	3,00	2,7500	,43802
VAR00394	44	2,00	3,00	2,7727	,42392
VAR00395	18	,00	3,00	2,8333	,70711
VAR00396	18	,00	3,00	2,7778	,73208
VAR00397	18	,00	3,00	2,8333	,70711
VAR00398	19	,00	3,00	2,5263	,96427
VAR00399	19	,00	3,00	2,5263	,96427
VAR00400	19	,00	3,00	2,5263	,96427
N válido (por lista)	18				

## ANEXO VIII: TABLAS DE FRECUENCIAS

## VAR00123

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	.00	1	2,3	2,3	2,3
	marcado bajo peso	1	2,3	2,3	4,5
	bajo peso	41	93,2	93,2	97,7
	normal	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

## VAR00170

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

## VAR00171

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

## VAR00172

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

**VAR00173**

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

**VAR00174**

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

**VAR00175**

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

**VAR00176**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	2	4,5	4,5	4,5
	bajo peso	38	86,4	86,4	90,9
	normal	4	9,1	9,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

**VAR00177**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	16	38,4	88,9	88,9
	normal	2	4,5	11,1	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

**VAR00178**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	12	27,3	68,7	68,7
	normal	6	13,6	33,3	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

**VAR00179**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	._00	3	6,8	16,7	16,7
	bajo peso	11	25,0	61,1	77,8
	normal	4	9,1	22,2	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

**VAR00180**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	12	27,3	68,7	68,7
	normal	6	13,6	33,3	100,0
	Total	18	40,9	100,0	

Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

### VAR00181

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	2,3	5,6	5,6
	bajo peso	18	38,4	88,9	94,4
	normal	1	2,3	5,6	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

### VAR00182

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	17	38,6	94,4	94,4
	normal	1	2,3	5,6	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

### VAR00183

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	17	38,6	94,4	94,4
	normal	1	2,3	5,6	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

**VAR00184**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	14	31,8	77,8	77,8
	normal	4	9,1	22,2	100,0
	Total	18	40,9	100,0	
Perdidos	Sistema	26	59,1		
Total		44	100,0		

**VAR00185**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	15	34,1	78,9	78,9
	normal	4	9,1	21,1	100,0
	Total	19	43,2	100,0	
Perdidos	Sistema	25	56,8		
Total		44	100,0		

**VAR00186**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	16	36,4	80,0	80,0
	normal	4	9,1	20,0	100,0
	Total	20	45,5	100,0	
Perdidos	Sistema	24	54,5		
Total		44	100,0		

**VAR00187**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	13	29,5	68,4	68,4
	normal	6	13,6	31,6	100,0
	Total	19	43,2	100,0	
Perdidos	Sistema	25	56,8		

Total		44	100,0	
-------	--	----	-------	--

**VAR00188**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido					50,0
	normal	10	22,7	50,0	100,0
	Total	20	45,5	100,0	
Perdidos	Sistema	24	54,5		
Total		44	100,0		

**VAR00189**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	19	43,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	25	56,8		
Total		44	100,0		

**VAR00190**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00				
	bajo peso	18	40,9	90,0	95,0
	normal	1	2,3	5,0	100,0
	Total	20	45,5	100,0	
Perdidos	Sistema	24	54,5		
Total		44	100,0		

**VAR00191**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	2	8,8	15,0	15,0

	bajo peso	10	22,7	50,0	65,0
	normal	7	15,9	35,0	100,0
	Total	20	45,5	100,0	
Perdidos	Sistema	24	54,5		
Total		44	100,0		

### VAR00192

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00				
	bajo peso	7	15,9	35,0	40,0
	normal	12	27,3	60,0	100,0
	Total	20	45,5	100,0	
Perdidos	Sistema	24	54,5		
Total		44	100,0		

Particular

## Tabla de frecuencia

### VAR00192

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e	válido	acumulado
Válido	bajo peso	4	11,4	11,4	11,4
	normal	27	77,1	77,1	88,6
	sobrepeso	4	11,4	11,4	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

**VAR00193**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	5,7	5,7	5,7
	normal	31	88,6	88,6	94,3
	sobrepes o	2	5,7	5,7	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

**VAR00194**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	5,7	5,7	5,7
	normal	28	80,0	80,0	85,7
	sobrepes o	5	14,3	14,3	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

**VAR00195**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	2,9	2,9	2,9
	normal	23	65,7	65,7	68,6
	sobrepes o	11	31,4	31,4	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

**VAR00196**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	4	11,4	11,4	11,4
	normal	26	74,3	74,3	85,7
	sobrepeso	4	11,4	11,4	97,1

marcado sobrepeso	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

**VAR00197**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	5,7	5,7	5,7
	normal	32	91,4	91,4	97,1
	sobrepes o	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

**VAR00198**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	5,7	5,7	5,7
	normal	32	91,4	91,4	97,1
	sobrepes o	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

**VAR00199**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	35	100,0	100,0	100,0

**VAR00200**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	2,9	5,3	5,3
	bajo peso	1	2,9	5,3	10,5

	normal	13	37,1	68,4	78,9
	sobrepeso	3	8,6	15,8	94,7
	marcado sobrepeso	1	2,9	5,3	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00201**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	2,9	5,3	5,3
	normal	13	37,1	68,4	73,7
	sobrepeso	4	11,4	21,1	94,7
	marcado sobrepeso	1	2,9	5,3	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00202**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	14	40,0	77,8	77,8
	sobrepeso	5	11,4	22,2	100,0
	Total	19	51,4	100,0	
Perdidos	Sistema	17	48,6		
Total		35	100,0		

**VAR00203**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	9	25,7	47,4	47,4

	sobrepeso	9	25,7	47,4	94,7
	marcado sobrepeso	1	2,9	5,3	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00204**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	2,9	5,3	5,3
	normal	13	37,1	68,4	73,7
	sobrepes o	5	14,3	28,3	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00205**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	2,9	5,3	5,3
	normal	16	45,7	84,2	89,5
	sobrepes o	2	5,7	10,5	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00206**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	2,9	5,3	5,3
	normal	13	37,1	68,4	73,7

	sobrepeso	5	14,3	26,3	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00207**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	normal	13	37,1	68,4	68,4
	sobrepeso	6	17,1	31,6	100,0
	Total	19	54,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	45,7		
Total		35	100,0		

**VAR00208**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	normal	6	17,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	29	82,9		
Total		35	100,0		

**VAR00209**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	normal	5	14,3	83,3	83,3
	sobrepeso	1	2,9	16,7	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
Total		35	100,0		

**VAR00210**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	5	14,3	83,3	83,3
	marcado sobrepeso	1	2,9	16,7	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100,0</b>		

**VAR00211**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	4	11,4	66,7	66,7
	sobrepes o	2	5,7	33,3	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100,0</b>		

**VAR00212**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	3	8,6	50,0	50,0
	sobrepes o	3	8,6	50,0	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100,0</b>		

**VAR00213**

		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	----------------	----------------	----------------------	-------------------------

Válido	normal	4	11,4	66,7	66,7
	sobrepeso	2	5,7	33,3	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
Total		35	100,0		

### VAR00214

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	normal	4	11,4	66,7	66,7
	sobrepeso	2	5,7	33,3	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
Total		35	100,0		

### VAR00215

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	normal	1	2,9	16,7	16,7
	sobrepeso	5	14,3	83,3	100,0
	Total	6	17,1	100,0	
Perdidos	Sistema	29	82,9		
Total		35	100,0		

Subvencionado

**VAR00215**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	22	100,0	100,0	100,0

**VAR00216**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	4,5	4,5
	normal	21	95,5	95,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**VAR00217**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	4,5	4,5
	normal	18	81,8	81,8	86,4
	sobrepeso	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**VAR00218**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	4,5	4,5
	normal	12	54,5	54,5	59,1
	sobrepeso	7	31,8	31,8	90,9
	marcado sobrepeso	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**VAR00219**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	9,1	9,1	9,1
	normal	17	77,3	77,3	86,4
	sobrepeso	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**VAR00220**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	4,5	4,5
	normal	21	95,5	95,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**VAR00221**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	4,5	4,5
	normal	21	95,5	95,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

**VAR00222**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	22	100,0	100,0	100,0

**VAR00223**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	9,1	10,5	10,5

	normal	18	72,7	84,2	94,7
	sobrepeso	1	4,5	5,3	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
Total		22	100,0		

**VAR00224**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	9,1	10,5	10,5
	normal	17	77,3	89,5	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
Total		22	100,0		

**VAR00225**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	5,3	5,3
	normal	13	59,1	68,4	73,7
	sobrepeso	5	22,7	28,3	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
Total		22	100,0		

**VAR00226**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	8	38,4	42,1	42,1
	sobrepeso	11	50,0	57,9	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
Total		22	100,0		

**VAR00227**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	4,5	5,3	5,3
	bajo peso	2	9,1	10,5	15,8
	normal	13	59,1	68,4	84,2
	sobrepeso	2	9,1	10,5	94,7
	marcado sobrepeso	1	4,5	5,3	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
Total		22	100,0		

**VAR00228**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	9,1	10,5	10,5
	normal	13	59,1	68,4	78,9
	sobrepeso	3	13,6	15,8	94,7
	marcado sobrepeso	1	4,5	5,3	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
Total		22	100,0		

**VAR00229**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	2	9,1	10,5	10,5
	normal	16	72,7	84,2	94,7
	marcado sobrepeso	1	4,5	5,3	100,0
	Total	19	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		

<b>Total</b>		22	100,0	
--------------	--	----	-------	--

**VAR00230**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	5,3	5,3
	normal	17	77,3	89,5	94,7
	sobrepeso	1	4,5	5,3	100,0
	<b>Total</b>	19	86,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	13,6		
<b>Total</b>		22	100,0		

**VAR00231**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	9,1	9,1
	normal	9	40,9	81,8	90,9
	sobrepeso	1	4,5	9,1	100,0
	<b>Total</b>	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
<b>Total</b>		22	100,0		

**VAR00232**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	4,5	9,1	9,1
	normal	10	45,5	90,9	100,0
	<b>Total</b>	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
<b>Total</b>		22	100,0		

**VAR00233**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	3	13,6	27,3	27,3
	sobrepeso	8	36,4	72,7	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

□

**VAR00234**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	4	18,2	36,4	36,4
	sobrepeso	4	18,2	36,4	72,7
	marcado sobrepeso	3	13,6	27,3	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

**VAR00235**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	7	31,8	63,6	63,6
	sobrepeso	4	18,2	36,4	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

**VAR00236**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	7	31,8	63,6	63,6

	sobrepeso	4	18,2	36,4	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

### VAR00237

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	5	22,7	45,5	45,5
	sobrepeso	6	27,3	54,5	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

### VAR00238

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	4	18,2	36,4	36,4
	sobrepeso	7	31,8	63,6	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

## ANEXO IX: DESCRIPTIVOS NIÑOS

## Estadísticos descriptivos

	N	Minimo	Máximo	Media		Desviación estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico
VAR00001 (años)	81	6,00	10,60	8,2316	,15210	1,36893
VAR00007(meses)	132	61,00	126,00	101,0076	1,21443	13,96275
VAR00008 (meses)	102	78,00	124,00	97,5196	1,44958	14,84008
N válido (por lista)	81					

IMC

## Estadísticos descriptivos

	N	Minimo	Máximo	Media		Desviación estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico
VAR00001	81	12,80	27,80	18,6494	,37623	3,40405
VAR00007	132	13,80	27,30	17,9788	,22985	2,84081
VAR00008	102	14,40	29,50	19,0078	,30022	3,03208
N válido (por lista)	81					

## Estadísticos descriptivos Padres (edad- IMC)

	N	Minimo	Máximo	Media		Desviación estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico
VAR00008	81	23,00	58,00	37,0864	,97392	8,76527
VAR00009	81	18,03	42,17	28,2737	,59566	5,36094
VAR00010	64	4,00	51,00	39,6719	,83156	6,85250
VAR00011	64	18,82	37,58	24,5270	,44286	3,54131
VAR00012	53	24,00	61,00	37,3208	,98308	7,15696
VAR00013	53	19,20	41,62	27,5585	,69703	5,07448
N válido (por lista)	53					

## IMC niños categorías

**municipal**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	,8	1,2	1,2
	normopeso	39	29,5	48,1	49,4
	sobrepeso	18	13,6	22,2	71,6
	obesidad	23	17,4	28,4	100,0
	Total	81	61,4	100,0	
Perdidos	Sistema	51	38,6		
Total		132	100,0		

**particular**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	4	3,0	6,3	6,3
	normopeso	35	26,5	54,7	60,9
	sobrepeso	19	14,4	29,7	90,6
	obesidad	6	4,5	9,4	100,0
	Total	64	48,5	100,0	
Perdidos	Sistema	68	51,5		
Total		132	100,0		

**subvencionado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo peso	1	,8	1,9	1,9
	normopeso	22	16,7	41,5	43,4
	sobrepeso	19	14,4	35,8	79,2
	obesidad	11	8,3	20,8	100,0
	Total	53	40,2	100,0	
Perdidos	Sistema	79	59,8		
Total		132	100,0		

## Tabla de frecuencia padres

### VAR00014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normopeso	23	17,4	28,4	28,4
	sobrepeso	33	25,0	40,7	69,1
	obesidad	25	18,9	30,9	100,0
	Total	81	61,4	100,0	
Perdidos	Sistema	51	38,6		
Total		132	100,0		

### VAR00015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normopeso	39	29,5	60,9	60,9
	sobrepeso	23	17,4	35,9	98,9
	obesidad	2	1,5	3,1	100,0
	Total	64	48,5	100,0	
Perdidos	Sistema	68	51,5		
Total		132	100,0		

### VAR00016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normopeso	22	16,7	41,5	41,5
	sobrepeso	15	11,4	28,3	69,8
	obesidad	16	12,1	30,2	100,0
	Total	53	40,2	100,0	
Perdidos	Sistema	79	59,8		
Total		132	100,0		

Responsabilidad

**Estadísticos descriptivos**

	N	Minimo	Máximo	Media		Desviación estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico
VAR00025	81	3,00	5,00	4,8025	,05098	,45880
VAR00024	81	2,00	5,00	4,6543	,07278	,85499
VAR00023	81	2,00	5,00	4,6049	,07593	,88338
VAR00017	64	2,00	5,00	4,1094	,10938	,87500
VAR00018	64	1,00	5,00	4,0781	,12481	,99689
VAR00019	64	1,00	5,00	4,0000	,12987	1,03892
VAR00020	53	1,00	5,00	4,6792	,09628	,70092
VAR00021	53	2,00	5,00	4,4528	,10628	,77375
VAR00022	53	1,00	5,00	4,4340	,11272	,82063
N válido (por lista)	53					

Percepción

**Tabla de frecuencia****VAR00079**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	1,2	1,2	1,2
	con bajo peso	6	7,4	7,4	8,6
	normal	67	82,7	82,7	91,4
	sobrepeso	6	7,4	7,4	98,8
	marcado sobrepeso	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00080**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	5	6,2	6,2	6,2
	normal	62	76,5	76,5	82,7
	sobrepeso	13	16,0	16,0	98,8
	marcado sobrepeso	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00081**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	2	2,5	2,5	2,5
	normal	58	71,6	71,6	74,1
	sobrepeso	20	24,7	24,7	98,8
	marcado sobrepeso	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00082**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	38	46,9	46,9	46,9
	sobrepeso	40	49,4	49,4	96,3
	marcado sobrepeso	3	3,7	3,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00083**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	1,2	1,2	1,2
	con bajo peso	5	6,2	6,2	7,4

	normal	68	84,0	84,0	91,4
	sobrepeso	5	6,2	6,2	97,5
	marcado sobrepeso	2	2,5	2,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00084**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	73	90,1	90,1	90,1
	sobrepeso	8	9,9	9,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00085**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	1	1,2	1,2	1,2
	normal	71	87,7	87,7	88,9
	sobrepeso	9	11,1	11,1	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**VAR00086**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	1	1,2	1,2	1,2
	normal	59	72,8	72,8	74,1
	sobrepeso	21	25,9	25,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Particular

**Tabla de frecuencia****VAR00079**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	1,6	1,6	1,6
	con bajo peso	6	9,4	9,4	10,9
	normal	49	76,6	76,6	87,5
	sobrepeso	7	10,9	10,9	98,4
	marcado sobrepeso	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00087**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	4	6,3	6,3	6,3
	3,00	62	81,3	81,3	87,5
	4,00	7	10,9	10,9	98,4
	5,00	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00088**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	3	4,7	4,7	4,7
	3,00	49	76,6	76,6	81,3
	4,00	11	17,2	17,2	98,4
	5,00	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00089**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	2	3,1	3,1	3,1
	3,00	37	57,8	57,8	60,9
	4,00	24	37,5	37,5	98,4
	5,00	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00090**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	5	7,8	7,8	7,8
	3,00	46	71,9	71,9	79,7
	4,00	12	18,8	18,8	98,4
	5,00	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00091**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	3	4,7	4,7	4,7
	3,00	56	87,5	87,5	92,2
	4,00	5	7,8	7,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00092**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	4	6,3	6,3	6,3
	3,00	52	81,3	81,3	87,5
	4,00	8	12,5	12,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**VAR00093**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	1	1,6	1,6	1,6
	3,00	51	79,7	79,7	81,3
	4,00	12	18,8	18,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

**Tabla de frecuencia****VAR00079**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	1,9	1,9	1,9
	con bajo peso	5	9,4	9,4	11,3
	normal	40	75,5	75,5	86,8
	sobrepeso	6	11,3	11,3	98,1
	marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00087**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	3	5,7	5,7	5,7
	normal	48	90,6	90,6	96,2
	sobrepeso	2	3,8	3,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00088**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	4	7,5	7,5	7,5
	normal	49	92,5	92,5	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00089**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	2	3,8	3,8	3,8
	normal	34	64,2	64,2	67,9
	sobrepeso	17	32,1	32,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00090**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	1	1,9	1,9	1,9
	normal	24	45,3	45,3	47,2
	sobrepeso	23	43,4	43,4	90,6
	marcado sobrepeso	5	9,4	9,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00091**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	1,9	1,9	1,9
	con bajo peso	5	9,4	9,4	11,3
	normal	37	69,8	69,8	81,1
	sobrepeso	9	17,0	17,0	98,1

marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

**VAR00092**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	4	7,5	7,5	7,5
	normal	41	77,4	77,4	84,9
	sobrepeso	7	13,2	13,2	98,1
	marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00093**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	4	7,5	7,5	7,5
	normal	42	79,2	79,2	86,8
	sobrepeso	6	11,3	11,3	98,1
	marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00094**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	2	3,8	3,8	3,8
	normal	43	81,1	81,1	84,9
	sobrepeso	8	15,1	15,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

## Tabla de frecuencia

### VAR00087

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	3	5,7	5,7	5,7
	normal	48	90,6	90,6	96,2
	sobrepeso	2	3,8	3,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

### VAR00088

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	4	7,5	7,5	7,5
	normal	49	92,5	92,5	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

### VAR00089

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	2	3,8	3,8	3,8
	normal	34	64,2	64,2	67,9
	sobrepeso	17	32,1	32,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

### VAR00090

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	1	1,9	1,9	1,9
	normal	24	45,3	45,3	47,2

sobrepeso	23	43,4	43,4	90,6
marcado sobrepeso	5	9,4	9,4	100,0
Total	53	100,0	100,0	

**VAR00091**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	marcado bajo peso	1	1,9	1,9	1,9
	con bajo peso	5	9,4	9,4	11,3
	normal	37	69,8	69,8	81,1
	sobrepeso	9	17,0	17,0	98,1
	marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00092**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	4	7,5	7,5	7,5
	normal	41	77,4	77,4	84,9
	sobrepeso	7	13,2	13,2	98,1
	marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

**VAR00093**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	4	7,5	7,5	7,5
	normal	42	79,2	79,2	86,8
	sobrepeso	6	11,3	11,3	98,1
	marcado sobrepeso	1	1,9	1,9	100,0

Total	53	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

### VAR00094

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	con bajo peso	2	3,8	3,8	3,8
	normal	43	81,1	81,1	84,9
	sobrepeso	8	15,1	15,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

### Preocupación

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00025	81	1,00	5,00	2,9012	1,44573
VAR00026	81	1,00	5,00	3,0617	1,46070
VAR00027	81	1,00	5,00	2,9136	1,46797
VAR00028	64	1,00	5,00	2,5625	1,52102
VAR00029	64	1,00	5,00	2,9688	1,46892
VAR00030	64	1,00	5,00	2,8719	1,50190
VAR00031	53	1,00	5,00	2,8491	1,40598
VAR00032	53	1,00	5,00	3,2075	1,24589
VAR00033	53	1,00	5,00	3,0377	1,36623
Ní válido (por lista)	53				

### Monitoreo

#### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00034	81	1,00	5,00	4,4588	1,03742
VAR00035	81	1,00	5,00	4,4691	1,01349

VAR00038	81	1,00	5,00	4,3210	1,03474
VAR00037	81	1,00	5,00	3,8420	1,46892
VAR00038	81	1,00	5,00	2,1111	1,53297
VAR00039	81	1,00	5,00	2,3210	1,61111
VAR00040	64	1,00	5,00	4,4531	1,09732
VAR00041	64	1,00	5,00	4,3281	1,22221
VAR00042	64	1,00	5,00	3,8906	1,35830
VAR00043	64	1,00	5,00	3,3438	1,70171
VAR00044	64	1,00	5,00	1,5156	1,00778
VAR00045	64	1,00	5,00	1,5938	1,07968
VAR00046	53	1,00	5,00	4,5680	,79888
VAR00047	53	1,00	5,00	4,5283	,82284
VAR00048	53	1,00	5,00	4,1321	1,14418
VAR00049	53	1,00	5,00	3,3585	1,69948
VAR00050	53	1,00	5,00	1,5849	,98905
VAR00051	53	1,00	5,00	1,8491	1,40598
N válido (por lista)	53				

## Restricciones

## Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00052	81	1,00	5,00	4,1358	1,30147
VAR00053	81	1,00	5,00	4,1235	1,25880
VAR00054	81	1,00	5,00	3,7854	1,54330
VAR00055	81	1,00	5,00	4,1358	1,27233
VAR00056	81	1,00	5,00	3,3086	1,59407
VAR00057	81	1,00	5,00	3,8642	1,42962
VAR00058	64	1,00	5,00	3,3125	1,46791
VAR00059	64	1,00	5,00	3,3281	1,48061
VAR00060	64	1,00	5,00	2,7344	1,49329
VAR00061	64	1,00	5,00	3,2031	1,59543
VAR00062	64	1,00	5,00	2,7856	1,44468
VAR00063	64	1,00	5,00	2,9531	1,52879
VAR00064	53	1,00	5,00	3,3585	1,68813
VAR00065	53	1,00	5,00	3,3774	1,68963

VAR00066	53	1,00	5,00	3,5283	1,47549
VAR00067	53	1,00	5,00	3,8302	1,31172
VAR00068	53	1,00	5,00	3,3585	1,41550
VAR00069	53	1,00	5,00	3,5094	1,60075
N válido (por lista)	53				

Presión para comer

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00070	81	2,00	5,00	4,2099	,89045
VAR00071	81	2,00	5,00	4,2222	,94868
VAR00072	81	2,00	5,00	4,2963	,91439
VAR00073	64	2,00	5,00	4,1094	,87500
VAR00074	64	1,00	5,00	4,0781	,99689
VAR00075	64	1,00	5,00	4,0000	1,03892
VAR00076	53	1,00	5,00	4,0000	,96077
VAR00077	53	2,00	5,00	4,3208	,77889
VAR00078	53	1,00	5,00	4,1698	1,01405
N válido (por lista)	53				