

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES O CUIDADORES DE NIÑOS CON RIESGO DE  
SOBREPESO, SOBREPESO Y OBESIDAD, Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y  
ESTILOS DE VIDA

YENIFER OCAMPO GUZMÁN  
LAURA TATIANA SALAZAR OSPINA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
RIONEGRO

2020

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES O CUIDADORES DE NIÑOS CON RIESGO DE  
SOBREPESO, SOBREPESO Y OBESIDAD, Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y  
ESTILOS DE VIDA

YENIFER OCAMPO GUZMÁN

LAURA TATIANA SALAZAR OSPINA

Trabajo de Grado realizado para optar por el título de Psicólogas

Asesora:

Paula Cristina Ríos Zapata

Magíster en Psicología

Docente de Tiempo Completo Universidad Católica de Oriente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

RIONEGRO

2020

Nota de Aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Rionegro, 15 de junio de 2020

## Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios por darnos fuerza para continuar.

A nuestros padres por creer en nosotras, por su amor, trabajo y esfuerzo en todos estos años; porque en gran parte gracias a ustedes hemos logrado alcanzar una meta.

A nuestros hermanos (as) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo recibido durante esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que de una u otra manera hicieron parte de este proyecto, nos brindaron sus conocimientos y herramientas para lograr que este trabajo de investigación culminara con éxito.

### Agradecimiento

Gracias a nuestros docentes por compartir sus conocimientos y experiencias durante nuestra formación profesional; en especial agradecer a la profesora Paula Cristina Ríos Zapata por su apoyo incondicional, paciencia, empatía y profesionalismo en el acompañamiento a esta investigación, sin su ayuda nada de esto hubiera sido posible.

Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a los tres Hogares Infantiles y los padres de familia por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar este estudio.

## CONTENIDO

<u>LISTA DE TABLAS</u>	<u>8</u>
<u>LISTA DE FIGURAS</u>	<u>10</u>
<u>RESUMEN</u>	<u>13</u>
<u>ABSTRAC</u>	<u>13</u>
<u>INTRODUCCCIÓN</u>	<u>14</u>
<u>1. ANTECEDENTES</u>	<u>16</u>
<u>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>26</u>
<u>3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>27</u>
<u>4. JUSTIFICACIÓN</u>	<u>27</u>
<u>5. OBJETIVOS</u>	<u>29</u>
<u>5.1 Objetivo general</u>	<u>29</u>
<u>5.2 Objetivos específicos</u>	<u>29</u>
<u>6. MARCO TEÓRICO</u>	<u>29</u>
<u>6.1. Clasificación de los problemas relacionados con el peso</u>	<u>31</u>
<u>6.1.1. <i>Sobrepeso y Obesidad</i></u>	<u>32</u>
<u>6.1.2. <i>Obesidad Infantil</i></u>	<u>37</u>
<u>6.2. Percepción</u>	<u>40</u>
<u>6.2.1. <i>Percepción de Obesidad</i></u>	<u>41</u>
<u>6.3. Estilos de vida relacionados con la alimentación</u>	<u>43</u>
<u>6.3.1. <i>Alimentación</i></u>	<u>46</u>
<u>6.3.2. <i>Actividad Física</i></u>	<u>47</u>
<u>7. FUNDAMENTACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO</u>	<u>48</u>
<u>7.1. Enfoque</u>	<u>48</u>

<u>7.2. Tipo de investigación</u>	<u>48</u>
<u>7.3. Nivel de investigación</u>	<u>48</u>
<u>7.4. Diseño de investigación</u>	<u>48</u>
<u>7.5. Población y muestra</u>	<u>48</u>
<u>7.5.1. Población</u>	<u>49</u>
<u>7.5.2. Muestra</u>	<u>49</u>
<u>7.5.3. Diseño Muestral</u>	<u>49</u>
<u>7.5.4. Criterios de Inclusión</u>	<u>49</u>
<u>7.5.5. Criterios de Exclusión</u>	<u>49</u>
<u>7.5.6. Consideraciones éticas</u>	<u>49</u>
<u>7.6. Variables</u>	<u>50</u>
<u>7.7. Instrumentos</u>	<u>50</u>
<u>7.7.1. Encuesta sociodemográfica y de antecedentes familiares</u>	<u>51</u>
<u>7.7.2. Escala visual de imágenes corporales (Pictograma). (Collins,1991).</u>	<u>51</u>
<u>7.7.3. Cuestionario de Frecuencia de consumo de alimentos de Coromoto Nava, Pérez, Herrera y Hernández. (2011).</u>	<u>51</u>
<u>7.7.4. Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Validado por Godard et al. (2008)</u>	<u>52</u>
<u>7.8. Procedimiento</u>	<u>52</u>
<u>7.9. Análisis Estadísticos</u>	<u>53</u>
<u>8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</u>	<u>53</u>
<u>8.1. Resultados</u>	<u>53</u>
<u>8.1.1. Análisis exploratorio de las variables sociodemográficas</u>	<u>53</u>
<u>8.1.2. Análisis exploratorio de las variables de análisis</u>	<u>56</u>

<u>8.1.2.1. Antecedentes familiares.</u>	<u>56</u>
<u>8.1.2.2. Percepción.</u>	<u>59</u>
<u>8.1.2.3. Estilos y hábitos de vida del menor.</u>	<u>60</u>
<u>8.2. Discusión</u>	<u>82</u>
<u>8.3. Limitaciones</u>	<u>84</u>
<u>9. CONCLUSIONES</u>	<u>85</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOFIGURAS</u>	<u>86</u>
<u>APÉNDICES</u>	<u>93</u>
<u>Apéndice A. Consentimiento Informado</u>	<u>93</u>
<u>Apéndice B. Operacionalización de Variables</u>	<u>95</u>
<u>Apéndice C. Encuesta sociodemográfica y de antecedentes familiares</u>	<u>120</u>
<u>Apéndice D. Escala visual de imágenes corporal (Pictograma) (Collins,1991)</u>	<u>123</u>
<u>Apéndice E. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Coromoto-Nava, Pérez, Herrera y Hernández (2011).</u>	<u>124</u>
<u>Apéndice F. Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA, Validado por Godard et al. 2008).</u>	<u>127</u>

## LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1. ¿Quién tiene obesidad?</i>	57
<i>Tabla 2. ¿Quién tiene sobrepeso?</i>	57
<i>Tabla 3. ¿Quién tiene riesgo de sobrepeso?</i>	57
<i>Tabla 4. ¿Con qué frecuencia practica deporte?</i>	58
<i>Tabla 5. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio?</i>	61
<i>Tabla 6. Cereal o verduras a la semana</i>	65
<i>Tabla 7. Cereal o verduras al día</i>	65
<i>Tabla 8. Frutas a la semana</i>	66
<i>Tabla 9. Frutas al día</i>	66
<i>Tabla 10. Vegetales a la semana</i>	67
<i>Tabla 11. Vegetales al día</i>	67
<i>Tabla 12. Leche y derivados a la semana</i>	68
<i>Tabla 13. Leche y derivados al día</i>	68
<i>Tabla 14. Carnes, Quesos y Huevo a la semana</i>	69
<i>Tabla 15. Carnes, Quesos y Huevo al día</i>	70
<i>Tabla 16. Otros alimentos a la semana</i>	71
<i>Tabla 17. Otros alimentos al día</i>	71
<i>Tabla 18. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega en el parque</i>	76
<i>Tabla 19. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega</i>	76
<i>Tabla 20. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina sin peso</i>	77
<i>Tabla 21. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina con peso</i>	77
<i>Tabla 22. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Monta bicicleta</i>	77
<i>Tabla 23. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Baila</i>	77

<u>Tabla 24. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Estudia</u>	<u>77</u>
<u>Tabla 25. Acostado durmiendo de noche (hora/día)</u>	<u>80</u>
<u>Tabla 26. Siesta en el día (hora/día)</u>	<u>80</u>
<u>Tabla 27. Sentada hora/día en clase</u>	<u>80</u>
<u>Tabla 28. Sentada hora/día leer, dibujar</u>	<u>81</u>
<u>Tabla 29. En comidas hora/día</u>	<u>81</u>
<u>Tabla 30. En auto o transporte hora/día</u>	<u>81</u>
<u>Tabla 31. TV - PC - Video Juegos hora/día</u>	<u>81</u>
<u>Tabla 32. Ejercicio o deporte programado (hora/semana)</u>	<u>81</u>
<u>Tabla 33. Juegos al aire libre: bicicleta, pelotas, correr, etc. (minutos/día)</u>	<u>81</u>
<u>Tabla 34. Caminando hacia o desde el colegio o cualquier lugar rutinario (cuadras/día)</u>	<u>82</u>

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Instituciones evaluadas	54
<i>Figura 2.</i> Género del menor	54
<i>Figura 3.</i> Estrato socioeconómico	54
<i>Figura 4.</i> Número de niños evaluados por edad	54
<i>Figura 5.</i> Estado civil del padre informante	55
<i>Figura 6.</i> Escolaridad del padre informante	55
<i>Figura 7.</i> Tipo de vivienda	55
<i>Figura 8.</i> Actividad del padre informante	55
<i>Figura 9.</i> Número de personas con quien vive	55
<i>Figura 10.</i> ¿Con quién vive?	55
<i>Figura 11.</i> Antecedentes médicos familiares	56
<i>Figura 12.</i> Antecedentes familiares de exceso de peso	56
<i>Figura 13.</i> Enfermedad relacionada con el peso del padre informante	58
<i>Figura 14.</i> ¿Cuál enfermedad?	58
<i>Figura 15.</i> ¿Practica algún deporte?	58
<i>Figura 16.</i> ¿Cuál deporte?	58
<i>Figura 17.</i> Otros datos médicos importantes de los padres	59
<i>Figura 18.</i> Problemas Psicológicos	59
<i>Figura 19.</i> Número de niños por clasificación de peso	59
<i>Figura 20.</i> Percepción del padre informante	60
<i>Figura 21.</i> Ejercicio del menor	61
<i>Figura 22.</i> ¿Qué tipo de ejercicio?	61
<i>Figura 23.</i> Sedentarismo del menor	61

<i>Figura 24. Horarios de alimentación del menor</i>	61
<i>Figura 25. Espacio para la alimentación</i>	62
<i>Figura 26. Alimento preferido por el niño</i>	62
<i>Figura 27. ¿Quién cuida o regula la alimentación del niño?</i>	62
<i>Figura 28. Consumo de agua del niño</i>	62
<i>Figura 29. Frecuencia de consumo de agua</i>	63
<i>Figura 30. ¿Qué hace en su tiempo libre?</i>	63
<i>Figura 31. Enfermedades generales del niño</i>	64
<i>Figura 32. Enfermedades relacionadas con el sobrepeso o la obesidad</i>	64
<i>Figura 33. Problemas de motricidad</i>	64
<i>Figura 34. Durante la semana su hijo suele ayudar a organizar la habitación</i>	72
<i>Figura 35. Durante la semana su hijo suele ayudar a poner la mesa</i>	72
<i>Figura 36. Durante la semana su hijo suele ayudar a lavar los platos</i>	73
<i>Figura 37. ¿Cuántas horas al día su hijo organiza la habitación?</i>	73
<i>Figura 38. ¿Cuántas horas al día su hijo pone la mesa</i>	73
<i>Figura 39. ¿Cuántas horas al día su hijo lava los platos</i>	73
<i>Figura 40. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: Juega en el parque?</i>	74
<i>Figura 41. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: Juega?</i>	74
<i>Figura 42. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo: Corre?</i>	74
<i>Figura 43. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo: camina sin peso (morrall, bolsas, etc.)</i>	74
<i>Figura 44. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo camina con peso (morrall, bolsas, etc.)?</i>	74

<i>Figura 45. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo monta bicicleta?</i>	75
<i>Figura 46. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: baila?</i>	75
<i>Figura 47. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo: estudia?</i>	75
<i>Figura 48. ¿Su hijo ve televisión en un día de semana?</i>	78
<i>Figura 49. ¿Su hijo ve televisión en un día del fin de semana?</i>	78
<i>Figura 50. ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día de semana?</i>	78
<i>Figura 51. ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día del fin de semana?</i>	78
<i>Figura 52. ¿Su hijo duerme en un día de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?</i>	79
<i>Figura 53. ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?</i>	79
<i>Figura 54. ¿Su hijo duerme en un día de semana, además de las horas de sueño de la noche?</i>	80
<i>Figura 55. ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, además de las horas de sueño de la noche?</i>	80

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir la percepción que tienen los padres o cuidadores de los niños en riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad en 3 hogares infantiles del Municipio de Rionegro, y los antecedentes familiares y estilos de vida. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, con diseño transversal, con una muestra de 46 padres y/o cuidadores de niños y niñas asistentes a esos hogares infantiles. Las variables fueron los antecedentes familiares, percepción del peso y estilos de vida; para medirlas se utilizó una encuesta sociodemográfica, un Pictograma, el Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y el Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Se pudo observar que la percepción que tienen los padres sobre el peso de sus hijos no concuerda con el peso real, pues mientras el 100% de los niños evaluados puntuaban con en riesgo de sobrepeso según la escala de la Organización Mundial de la Salud; el 9% de ellos considera que su hijo se encuentra en desnutrición aguda, el 32% en riesgo de desnutrición, 46% los perciben un peso adecuado y solo el 13% los percibe en riesgo de sobrepeso. Probablemente esta percepción es guiada por la cultura a la que pertenecen, el tipo de educación que recibieron en sus familias y/o comunidad. Por otro lado, se observó que el consumo de alimentos de los menores no incluye alimentos como verduras y pescado; los padres evaluados no presentan ningún tipo de enfermedad relacionada con el peso, ni de otro tipo y tienen un estilo de vida en general sedentario, posiblemente por su vida laboral.

Palabras Clave: Percepción, Percepción de sobrepeso y obesidad, riesgo de sobrepeso, hábitos alimenticios, actividad física

## ABSTRAC

The present study aims to describe the perception that parents or caregivers of children at risk of overweight, overweight and obesity have in 3 children's homes in the Municipality of Rionegro, and family history and lifestyles. A descriptive quantitative study was carried out, with a cross-

sectional design, with a sample of 46 parents and / or caregivers of children attending these children's homes. Variables were family history, weight perception, and lifestyle; To measure them, a sociodemographic survey, a Pictogram, the Food Consumption Frequency Questionnaire and the Habitual Physical Activity Questionnaire of the Institute of Nutrition and Food Technology (INTA) were carried out. It was observed that the perception that parents have about the weight of their children does not agree with the real weight, while 100% of the children evaluated scored with the risk of overweight according to the scale of the World Health Organization; 9% of them consider that their child is acutely malnourished, 32% at risk of malnutrition, 46% perceive them to be an adequate weight and only 13% perceive them to be at risk of being overweight. This perception is probably guided by the culture to which they belong, the type of education they received in their families and / or community. On the other hand, it is selected that the consumption of food by minors does not include foods such as vegetables and fish; the parents evaluated did not present any type of disease related to weight, or any other type, and they had a generally sedentary lifestyle, possibly due to their working life.

Key Words: Perception, Perception of overweight and obesity, risk of overweight, eating habits, physical activity

## INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil representa un problema de interés para las áreas de la salud, medicina, psicología y nutrición, entre otras. Es particularmente problemática debido a que el peso adicional suele provocar que los niños comiencen a tener problemas de salud física que antes se consideraban exclusivos de los adultos, como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto; más los problemas en su salud mental, como compromiso en su imagen corporal y el impacto del acoso social al que pueden ser sometidos. Este proyecto surge a partir de la identificación de la problemática de los trastornos del peso en la población infantil, que, aunque a nivel país no es muy alta, durante los

últimos años ha venido en aumento; estando en algunas regiones por encima de la desnutrición. La prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad en niños/as menores de 5 años aumentó de 4.2% en 1990 a 6.7% en 2010. Para el 2016 se proyectó una prevalencia estimada de 9.1% en el 2020. (Aceves-Martins, Llauradó, Tarro, Solà y Giralt, 2016, citados en Alberti, 2019, p. 5). Por otra parte, establecer si se evidencia en los niños y niñas del municipio de Rionegro, y si se hace necesario, generar planes de intervención, programas y procesos de Promoción y Prevención para evitar que este fenómeno afecte a la población de este grupo etario de la región.

El sobrepeso y la obesidad no solo afecta la salud física de la persona, sino también su salud mental, generando posibles trastornos psicológicos como la baja autoestima y depresión. Por lo tanto, es importante realizar estudios desde la psicología para conocer esta problemática y a partir de los resultados generar estrategias para contrarrestarlos.

Para sustentar esta investigación se revisó la evidencia empírica, en artículos científicos de los últimos diez años que permitió un acercamiento a la problemática a nivel de Latinoamérica y el Caribe. Para Colombia y Antioquia se tuvo en cuenta los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN – (2015), la cual está dirigida a estudiar los comportamientos alimentarios y de estilo de vida de los colombianos.

El presente escrito plasma los resultados obtenidos tras la observación y medición de la percepción de los padres o cuidadores de niños con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad y los antecedentes familiares y estilos de vida de 46 niños entre 1 a 5 años de edad, en tres hogares infantiles del municipio de Rionegro y sus familias (padres o cuidadores) a partir de cinco instrumentos contestados por los cuidadores: una encuesta orientada a la obtención de información sobre los factores socioeconómicos y familiares, la escala visual de imágenes corporales denominada Pictograma (Collins, 1991), para evaluar la percepción tienen los padres sobre el peso de su hijo; el Cuestionario de Frecuencia de consumo de alimentos para evaluar la ingesta de

alimentos diarios de Coromoto-Nava, Pérez, Herrera y Hernández (2011) y el Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Validado por Godard, Rodríguez, Díaz, Lera, Salazar y Burrows (2008).

A continuación, se presentará la evidencia empírica encontrada con relación a las variables objeto de estudio, marco teórico, diseño metodológico y resultados.

## 1. ANTECEDENTES

Para documentar el presente estudio se revisaron artículos escritos en los últimos 10 años que dan cuenta del fenómeno de la obesidad infantil en Colombia y en otros países de Latinoamérica y Estados Unidos, los cuales fueron organizados de acuerdo con las variables del presente estudio, tales como: Percepción, Estilos de vida y Antecedentes familiares.

Un buen inicio es hacer referencia a la ley 1355 también conocida como Ley de Obesidad, emitida el 14 de octubre de 2009 en Colombia, la cual estableció una serie de determinaciones que deberían ser aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial, responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial y de la que sería beneficiaria la población colombiana, en especial los grupos vulnerables. (Congreso de la República de Colombia, 2009. p. 1).

Así mismo, durante las últimas décadas la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños ha aumentado en todo el mundo, el exceso de peso que en la infancia se debe principalmente a la grasa, es un factor de riesgo para la edad adulta posterior, pero se asocia también con deterioro de la salud durante la infancia en sí; incluyendo un mayor riesgo de hipertensión, resistencia a la insulina, enfermedad del hígado graso, disfunción ortopédica y la angustia psicosocial (Sánchez Echenique, 2012, p. 9). En un estudio realizado por Mercado y Vilchis (2013) se menciona que la

obesidad actualmente es conocida como la gran epidemia del siglo XXI, que afecta indistintamente a mujeres y hombres, adultos, adolescentes y niños. Que, no obstante, anteriormente se consideraba que el niño obeso estaba sano; era admirado como un niño lleno de vida. En muchos estudios de casos, repetidamente se han identificado trastornos depresivos, ansiosos, insatisfacción con su imagen corporal y baja autoestima en niños obesos. Esta frecuencia es superior en niñas que en niños y se incrementa con la edad y cuando se asocia al antecedente de obesidad en los padres. Así mismo, los estudios realizados evidencian que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgos de incrementar enfermedades del corazón, arterioesclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de las que podría pensarse. Se trata de una enfermedad compleja y multifactorial que puede iniciarse en la infancia y se caracteriza por un exceso de grasa corporal que coloca al individuo en una situación de riesgo para la salud. (p. 50)

De igual forma, los resultados parciales de la última y tercera encuesta realizada por la ENSIN (2015) en Colombia, la cual está dirigida a estudiar los comportamientos alimentarios y de estilo de vida de los colombianos, se pudo identificar que uno de cada tres jóvenes y adultos en Colombia presentan sobrepeso (37,7%), mientras que uno de cada cinco es obeso (18,7%). En este sentido, el 56,4% de la población presenta exceso de peso, lo que significa un incremento de 5,2 puntos porcentuales con respecto a los resultados de la ENSIN del 2010. La obesidad es más frecuente en las mujeres (22,4%) que en los hombres (14,4%). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Según este estudio, entre 2005 y 2010 la prevalencia de obesidad en menores de 5 a 17 años aumentó de 13,9 % a 17,5 %. La ENSIN revela además que el exceso de peso en los menores en edad escolar se incrementó pasando de 18,8% en 2010 a 24,4% en 2015 y para Antioquia, mientras la desnutrición ha disminuido, la doble carga nutricional ha generado que la obesidad y el sobrepeso

aumenten, teniendo así un aumento del 6,8% en niños de 0 a 5 años con esta patología y un porcentaje de 28,1% en niños de 5 a 12 años.

Para el año 2010 de acuerdo con un estudio realizado por Onis, Blössner y Borghi (2010, citado en Hernández, Bendezú, Santero y Azañedo, 2016, p.2), se calculó una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 6,7% en los niños en edad preescolar en el mundo, asimismo, en países de bajos y medianos ingresos, se proyectó un aumento de la prevalencia de estos trastornos que va del 6,1% en el 2010 a 8,6% en el 2020.

De acuerdo al informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS - y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO - (2017) los cuales arrojan el Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe, donde cerca del 58 % de los habitantes de la región vive con sobrepeso (360 millones de personas); salvo en Haití (38,5%), Paraguay (48,5%) y Nicaragua (49,4%) el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población de todos los países de la región, siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. En lo que se refiere a la Obesidad afecta a 140 millones de personas, el 23% de la población regional y las mayores prevalencias se pueden observar todas en países del Caribe: Bahamas (36,2%), Barbados (31,3%), Trinidad y Tobago (31,1%) y Antigua y Barbuda (30,9%). (OPS y FAO, 2017, pár. 2-4).

Según este informe sobre el panorama infantil se encuentra que en América Latina y el Caribe el 7,2% de los niños menores de 5 años vive con sobrepeso. Se trata de un total de 3,9 millones de niños, de los cuales 2,5 millones viven en Sudamérica, 1,1 millones en Centroamérica y 200.000 en el Caribe. Los mayores aumentos en el sobrepeso infantil entre 1990 y 2015 se vieron afectados, en términos de números totales - en Mesoamérica (donde la tasa creció de 5,1% a 7%), mientras que el mayor aumento en la prevalencia se dio en Caribe (cuya tasa creció de 4,3% a

6,8%), mientras que en Sudamérica -la subregión más afectada por el sobrepeso infantil- hubo una disminución marginal, y su tasa pasó de 7,5% a 7,4%. (OPS y FAO, 2017, pág. 15,16).

Más adelante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2017, pág. 1-2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado a la obesidad como el mayor problema de salud pública y ha estimado que en 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más tenían sobrepeso (39%), de los cuales, más de 650 millones (13%) eran obesos. Para el año 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos y 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) presentan sobrepeso u obesidad. (OMS, 2018, pág. 1-6)

Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. Si bien, el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado cerca de un 50% desde el año 2000. En 2016, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia. (OMS. 2018, pág. 22-23)

Así mismo, los estudios de la OMS (2018) indican que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma alarmante, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016. 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 (un 6% de las niñas y un 8% de los niños). En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia. (OMS, 2018, párr. 25-27)

Para la variable de percepción de los padres y/o cuidadores, las investigaciones realizadas arrojan que el problema del peso tanto en el niño como en el adulto es el resultado de una compleja relación entre factores sociales, ambientales y genéticos. Con relación a los niños, los padres desempeñan un papel primordial en los primeros años de vida, tanto en los patrones de alimentación como en la actividad física. Las fallas de la madre en percibir adecuadamente el peso de sus hijos pueden deberse al rechazo de admitir que el niño es obeso o al desconocimiento de qué es la obesidad (Maynard, Galuska, Blanck, Serdula, 2003, citado en Zonana Nacach y Conde Gaxiola, 2010, p. 168).

La subestimación o falta de reconocimiento de los padres del sobrepeso del niño pudiese estar asociado con problemas sociales, emocionales y de salud del niño debido a la falta de soporte por parte de los padres para obtener un peso saludable. Además, más de 40 % de las madres con niños con sobrepeso u obesidad no asocia el peso de sus hijos con la ingesta de comida. La mayoría de las madres cuando se les pregunta sobre los hábitos de alimentación del niño cree que su hijo come una cantidad menor; esta mala interpretación en el tamaño de las porciones de alimentos ocasiona que sobrealimenten a sus hijos (Hirscler, González, Talgham y Fadzinky, 2006, citado en Zonana Nacach y Conde Gaxiola, 2010, p. 168).

Un estudio, realizado en el Hospital Durand de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, donde evaluaron niños con riesgo de sobrepeso y obesidad, y sus respectivas madres, se evidenció una diferencia significativa en la prevalencia de distorsión de la imagen corporal entre las madres de

niños con *normopeso*<sup>1</sup> y aquellas madres cuyos hijos presentaban riesgo de sobrepeso y obesidad (Giordano y Sartori, 2012, p.38).

Otra posible causa de la percepción errónea que tienen los padres respecto a la proporción peso/talla de sus hijos puede deberse al aumento de la prevalencia de la obesidad a nivel mundial, lo que influye en que se perciba una imagen corporal más grande como normal por la población general. La percepción inadecuada de la proporción peso/talla medida del niño por parte de sus padres puede considerarse un factor de riesgo significativo para el desarrollo y/o mantenimiento del sobrepeso y la obesidad. (Chávez Caraza et al. 2016, p. 240).

Zamudio Solorio y Muñoz Arenillas (2016), sugieren que el primer paso para evitar la obesidad es identificar el sobrepeso. En este sentido, la percepción de los padres juega un papel relevante; puesto que, la identificación temprana de un estado de sobrepeso permite iniciar prontamente medidas que eviten la obesidad. El papel protagónico de los padres en la prevención de la obesidad se relaciona con la influencia que tienen en los factores psicológicos, sociales, ambientales y físicos que afectan el peso de los niños, y de otra parte al constituirse en un modelo de la conducta alimentaria. (p. 62).

La madre juega un papel primordial en la formación de los estilos de vida, dado que es ella quien representa el principal agente de cuidado y crianza de los hijos, por tanto, se considera una mediadora en los esfuerzos para prevenir el Sobrepeso infantil, actuando como modeladora de los patrones de dieta y ejercicio, rol que en ciertas culturas es aún más reforzado (Cabrera Rojas et al. 2013, citados en Trejo Ortíz y Ahumada Saucedo, 2016, p. 223).

---

<sup>1</sup> El normopeso indica que una persona no está ni gorda ni delgada, sino que se encuentra dentro de los parámetros óptimos.

La percepción materna es el reconocimiento y la discriminación de la madre respecto al peso del hijo, considerándolo como un niño con sobrepeso, con desnutrición o sano; las madres con una percepción inadecuada refieren que el peso del hijo no es un problema de salud y, en consecuencia, evitan la identificación oportuna de alteraciones nutricionales que afectan su crecimiento y desarrollo. (Jiménez Carbajal et al. 2018, p. 3).

Para ser eficaces en la prevención primaria y secundaria de la obesidad infantil, las intervenciones deben incorporar un esfuerzo integrado que se enfoque en múltiples sistemas sociales, como la escuela, el hogar, la atención médica, el cuidado de los niños y la comunidad, y que los padres desempeñen un papel central en la adopción y la sostenibilidad de conductas y acciones recomendadas. Sin embargo, las percepciones de los padres sobre el peso de sus hijos pueden limitar su disposición a participar y reconocer la importancia de las intervenciones tempranas para prevenir la obesidad infantil. La mayoría de los estudios han revelado una prevalencia generalizada de percepciones erróneas de los padres sobre el peso de sus hijos, particularmente entre los hispanos. (De Grubb et al, 2018, citados en Alberti, 2019, p. 11)

Para Puente Perpignan, Ricardo Falcon y Fernández Diaz (2013), el cambio observado en las últimas décadas con respecto a los hábitos alimenticios, debido a la introducción de alimentos que aportan muchas calorías, especialmente sobre la base de grasas y azúcares refinados, favorece un consumo de nutrientes superior a los requerimientos promedio y contribuye al desarrollo de sobrepeso y obesidad desde la niñez. De igual manera la lactancia artificial, los antecedentes familiares de obesidad, el inadecuado tratamiento contra la anorexia fisiológica y los hábitos alimentarios incorrectos constituyeron los factores de riesgo que influyeron en la aparición de la obesidad en la población infantil. (pp.1069 -1070)

Desde los años ochenta, los niños han tenido la inclinación por consumir alimentos distintos a los acostumbrados en la familia; desean comer la denominada “rápida” como hamburguesas,

pizzas, etc. Aquellos de familias de recursos económicos bajos, comen de lo que hay en casa y buscan otro sabor que disfrutar inclinándose por la comida chatarra. Así mismo, la actividad física se hace cada vez más inaudita; lo peor es que se está heredando a los niños estos hábitos de vida pasiva. En la población infantil, el hábito de ejercicio físico es bajo y disminuye al aumentar la edad (Mercado y Vilchis, 2013, p. 51).

Entre los factores etiológicos del exceso de peso se encuentran: factores genéticos y del estilo de vida, como la alimentación, disminución de la actividad física, el estatus socioeconómico, así como factores socioculturales y las creencias tradicionales falsas respecto a la Obesidad infantil. (Gupta, Goel, Shah y Misra, 2012, citados en Flores Peña, et al., 2014, p. 554).

La mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial, existen aspectos genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales, pero, la obesidad exógena o por sobrealimentación es la más frecuente, su presencia está relacionada con el aumento de la ingesta de alimento, la reducción de la actividad física y el aumento de actividades sedentarias y por lo regular se inicia en la infancia. (Ávalos Latorre, Reynoso Erazo, Colunga Rodríguez, Oropeza Tena y Ángel González, 2014, p. 981)

Para Martínez (2011, citado en Guzmán Loaiza y Pérez Salgado, 2015). La vida laboral de los padres cuando ambos trabajan condiciona el tipo de alimentación que reciben las familias, el sedentarismo y la disminución de tiempo para la actividad física y su reemplazo por tiempo dedicado a la televisión, videojuegos, computador, entre otros. (p.127)

Así mismo, la nutrición de los niños en los primeros meses es importante porque o limita o favorece el potencial de crecimiento físico y el desarrollo intelectual en etapas posteriores; determina consecuencias metabólicas importantes durante la infancia tardía y la adolescencia que pueden influir en la calidad de vida en la adultez. (Castillo, Balboa, Torrejon, Bascuñan, Uauy, 2013, citados en Cu, Villarreal, Rangel, Galicia, Vargas y Martínez, 2015, p.139)

Faith et al. (2001) y Amigo Vázquez, et al. (2008). (Citados en Rodríguez Vázquez y Díaz Sanchez, 2016), plantean que la disminución de los juegos al aire libre y actividades dinámicas como las que se desarrollan en la escuela, acompañados de horas frente a la televisión, los videojuegos y las computadoras son ingredientes para el desencadenamiento del sobrepeso y la obesidad. (p. 183)

A criterio de los padres se vive en tiempos acelerados, lo que condiciona que no se pueda estar mucho con los hijos y esta situación favorece que el niño se estrese y la ansiedad cause el deseo de comer y como consecuencia, aumente de peso. Se producen afectaciones, como dejarlos entretenidos frente a la televisión durante horas. Esta inactividad puede conducir, acompañada de malos hábitos de alimentación, al sobrepeso y la obesidad. (Rodríguez Vázquez y Díaz Sanchez, 2016, p. 184)

De igual manera, en el imaginario social la representación de las frutas y los vegetales como alimentos de interés en la comida de los pequeños, se afecta debido a que diversas familias no consideran entre sus prácticas la incorporación de estos, por varias razones, entre las que se pueden mencionar, los precios que dificultan el acceso y el desconocimiento de sus beneficios para la salud. (Rodríguez Vázquez y Díaz Sánchez, 2016, p. 184)

De acuerdo con el estudio realizado por Rodríguez Vázquez y Díaz Sánchez (2016, pp. 184-186) mediante la interpretación de las representaciones encontradas acerca del sobrepeso y la obesidad reafirma que la familia, en su mayoría las madres, señalan cómo el niño o la niña con sobrepeso y obesidad se acompleja por lo estético y no están conformes con su cuerpo, tiene problemas de socialización con sus pares y pueden desarrollar enfermedades en la edad adulta. Confunden el término de gordura con obesidad y no tienen percepción de la alimentación adecuada y su repercusión en la salud. El sedentarismo lo asocian con el aumento de peso corporal, no

obstante, no hacen nada para disminuir sus consecuencias. Cuando finalmente detectan el problema en sus hijos es que toman conciencia y buscan la ayuda profesional.

Aunque el factor genético juega un papel importante en los mecanismos de desarrollo de la obesidad, no puede explicar el aumento de la obesidad en las últimas décadas, ya que los genes no cambian en un corto periodo de tiempo. Sin embargo, los factores medioambientales han cambiado significativamente en estos años; entre estos, el incremento del sedentarismo, los alimentos procesados, el aumento en la ingesta de azúcar y grasa, porciones más grandes y carbohidratos refinados. Estos factores, que han sido llamados “obesogénicos”, han causado disfunción metabólica en individuos predispuestos genéticamente (Chandaria, 2014, citado en Martínez y Visbal, 2017, p. 209).

Con los avances tecnológicos, la actividad física en los niños disminuye más cada día. Las cifras de la ENSIN (2015) arrojaron que solamente el 30 por ciento de los niños y el 20 por ciento de las niñas de tres a cinco años practican actividades de juego que generan sudoración y aumento de la respiración (juego activo). El 62,3 % de niñas y 61,5 % de niños de 3 a 4 años pasan tiempo excesivo frente a las pantallas. El asunto es realmente preocupante: el exceso de peso en los menores en edad escolar –de 5 a 12 años– se incrementó de 18,8 % en 2010 a 24,4 % en 2015. (Castañeda, 2018, par. 7-8).

Diversos estudios han encontrado que los hijos de padres que defienden niveles más altos de confianza en la implementación de cambios en el estilo de vida tienen hábitos de vida más saludables. Puesto que los padres ejercen una gran influencia en el comportamiento y el entorno de su hijo/a, su papel en ayudar a controlar el peso de un niño es fundamental. (Phan, Curran y Abatamarco, 2015, citados en Alberti, 2019, p. 12)

Lo anterior, conduce a la realización de este estudio acerca de esta problemática enfocado en niños menores de 5 años, ya que en esta edad es donde se establecen los estilos de vida y se

instauran los hábitos alimenticios, que tienden a permanecer a lo largo de la vida. Así mismo, este fenómeno no solo afecta la salud física de la persona, sino que además interfiere en su salud mental; generando dificultades en los autoesquemas, en particular presentando deterioro significativo en la autoimagen del individuo, y en las relaciones interpersonales que pueda establecer a lo largo de su vida.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad conforman un fenómeno que ha venido en aumento en los últimos años en todo el mundo, en un número significativo de países; este fenómeno en la edad infantil también ha tenido un aumento importante, el cual se ha evidenciado en las investigaciones consultadas para este estudio. Así mismo, es un tema que no solo afecta la salud física de la persona, sino que también interviene en su salud mental, generando un impacto en las relaciones interpersonales de quienes lo padecen; llevándolos a ser blanco de burlas y humillación, aspectos asociados con la baja autoestima, depresión, insatisfacción corporal, entre otros (Miller y Lundgren, 2010, Citados en Trujano, de Gracia, Nava y Limón, 2014, p.121). En la población infantil, la obesidad constituye la enfermedad nutricional más trascendental y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial (Naranjo, 2012, citado en García, 2018, p. 2). El cuerpo se construye, en parte, por la percepción que los individuos tienen de él; es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma (Pérez-Gil y Romero, 2008, citados en Miranda-Hermosilla y García, 2019, p. 107).

Por lo cual las técnicas terapéuticas de carácter psicológico se introdujeron hace décadas en el tratamiento del sobrepeso y obesidad del niño y adolescente, y han sido utilizadas para mejorar la motivación del paciente, asegurar el cumplimiento del programa en sus diferentes facetas, entrenar a los padres y maestros y abordar las consecuencias psicológicas de la obesidad. (Lafuente, 2012, p. 1492)

La salud mental de las personas se ve afectada no solo por sucesos que pasan en su actualidad, sino también por situaciones que se presentan desde los primeros años de vida, como baja autoestima, timidez, ansiedad, generados por el contexto y en muchos casos por las mismas familias.

Dentro de estos aspectos se encuentra la obesidad o sobrepeso, el cual al transcurrir del tiempo va generando en el niño comentarios burlescos, agresiones, entre otros, por parte de las personas que lo rodean; generando dificultades en sus relaciones interpersonales y autoesquemas.

La obesidad implica una serie de cambios a nivel emocional y conductual como consecuencia del impacto psicosocial que provoca.

Por lo anterior, se hace necesario un estudio exploratorio para conocer cómo se encuentra nuestro Municipio frente a esta problemática, que contribuya a la construcción de planes de promoción y prevención que permitan prevenir el aumento en este fenómeno.

### 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la percepción que tienen los padres o cuidadores de los niños con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad, y los antecedentes familiares y estilos de vida en infantes entre 1 a 5 años que asisten a tres hogares infantiles del municipio de Rionegro?

### 4. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se enfoca en estudiar la percepción que tienen los padres y/o cuidadores de los niños con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad; además de conocer los antecedentes familiares y estilos de vida, ya que las últimas investigaciones consultadas sobre el tema en el país evidencian un aumento significativo en la prevalencia de obesidad en menores.

En Antioquia la desnutrición ha disminuido, sin embargo, la carga nutricional ha generado que la obesidad y el sobrepeso aumenten. (ENSIN, 2015)

Por lo cual, el presente trabajo permitiría observar algunas variables relacionadas con el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población infantil Rionegrera, con el fin de generar estrategias para la prevención de esta.

Además, evidenciar la importancia del campo de la psicología en el área de la salud, dado que se ha descrito que en los niños y adolescentes que llevan una relación positiva entre estilo de vida saludable y la salud mental, se observa una mejor autoimagen y asimismo se disminuye la ansiedad, la depresión y las ideas suicidas que se puedan presentar debido a su peso corporal. (Hoying y Melnyk, 2016, citado en: Delgado-Floody, et al, 2017, p. 44)

Lo anterior, conlleva a una indudable relación entre obesidad y autoestima y entre obesidad e imagen corporal, donde se ha demostrado que la mayoría de los niños y adolescentes presentan autoestima baja e insatisfacción con su imagen corporal. (Sánchez y Ruiz, 2015, citados en Delgado-Floody, et al, 2017, p. 44).

Los estudios de Trujano et al. (2014, p. 122), han mostrado que la imagen corporal, la autoestima y las actitudes hacia la alimentación pueden estar relacionadas con la protección o el riesgo del desarrollo de trastornos alimentarios (entre ellos el sobrepeso y la obesidad), subrayando la importancia de incorporar aspectos de tipo emocional, nutricional y familiar con poblaciones infanto-juveniles.

La obesidad infantil se encuentra asociada de manera importante con los cambios en los estilos de vida que envuelven a la población. La modificación de los hábitos alimentarios y de convivencia, el consumo de comida con alto contenido calórico y bajo nivel nutricional combinado con el sedentarismo han generado y agravado este problema. En el caso específico de los niños, estos patrones se repiten y asimilan desde edades tempranas, propiciando la obesidad que acarrea complicaciones biopsicosociales. (Sánchez y Ruiz, 2015 p. 39). Por lo cual, se decide trabajar con

los padres o cuidadores de los niños con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad; ya que son ellos quienes instauran los hábitos de vida saludable en el hogar.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

Describir la percepción que tienen los padres o cuidadores de los niños en riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad; y los antecedentes familiares y estilos de vida.

### 5.2 Objetivos específicos

- Describir la percepción que tienen los padres o cuidadores de niños en riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad.
- Identificar los antecedentes familiares de los niños en riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad.
- Establecer los estilos de vida de los niños en riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad.

## 6. MARCO TEÓRICO

A continuación, se hará una aproximación al marco teórico que da soporte al presente estudio, que por la naturaleza del fenómeno a estudiar es muy amplio y está conformado por fuentes en varias disciplinas del área de la salud y de las ciencias sociales.

Para comenzar se hace referencia los trastornos de la conducta alimentaria y algunas patologías que se asocian directamente con los conceptos de sobrepeso y obesidad, sin que se encuentren catalogados en los manuales de salud mental como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) (Asociación Americana de Psiquiatría – APA- , 2014) y el Sistema Estadístico de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) (OMS, 1992).

El DSM-5 hace referencia a los Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los cuales se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el

comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Proporciona los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones. (APA, 2014)

La obesidad no se incluye en el DSM-5 como un trastorno mental. La obesidad (el exceso de grasa corporal) es el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. Existe un abanico de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos y que contribuyen al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental. Sin embargo, hay asociaciones importantes entre la obesidad y ciertos trastornos mentales (p.ej., el trastorno de atracones, los trastornos depresivo y bipolar, la esquizofrenia). Los efectos secundarios de algunos medicamentos psicotrópicos contribuyen en gran medida al desarrollo de la obesidad, y la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (p. ej., los trastornos depresivos). (APA, 2014)

Los criterios diagnósticos del trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos según el DSM-5 son: A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes. B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo. C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa. D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional. (APA, 2014, p.329).

El CIE-10 clasifica los trastornos de la conducta alimentaria dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, de los cuales hacen parte: Anorexia nerviosa, Anorexia nerviosa atípica, Bulimia nerviosa, Bulimia nervosa atípica, Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos, vómitos asociados a otros trastornos psicológicos, otros trastornos de la conducta alimentaria y trastorno de la conducta alimentaria sin especificación. (OMS, 1992)

Conociendo los trastornos mentales o alteraciones en la conducta alimentaria que se asocian con los problemas del peso, es importante conceptualizar la clasificación del fenómeno según la OMS, revisar el concepto de percepción, y en particular lo que es la percepción de obesidad y los estilos de vida asociados a ella.

#### 6.1. Clasificación de los problemas relacionados con el peso.

Según la OMS (2020): “El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (pár. 8).

Para identificar que una persona adulta sufre de sobrepeso u obesidad, se tiene en cuenta el índice de masa corporal (IMC), el cuál es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). (OMS, 2020, pár. 9).

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad, para los niños menores de 5 años: el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS; y la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. (OMS, pár. 13).

Para el presente estudio se tuvo en cuenta la categoría de la organización mundial de la salud donde se estipula unas Puntuaciones Z, mayor a 3 para obesidad, entre 2 y 3 para Sobrepeso,

entre 1 y 2 para riesgo de sobrepeso, entre 1 y -1 para peso adecuado, entre -1 y -2 para riesgo de desnutrición, entre -2 y -3 para desnutrición aguda y mayor a -3 para desnutrición aguda severa (Dato suministrado por O. Y. Cardona, nutricionista del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF -, Regional Oriente. Comunicación Personal, 4 de febrero 2020).

La categoría de riesgo de sobrepeso, indica que si bien el menor aún no se encuentra en sobrepeso, si presenta algunos elementos de vulnerabilidad interna y riesgos externos, que podrían hacer que aumente su peso a sobrepeso u obesidad; entre ellos, las dietas mal sanas con alta ingesta calórica, bajo consumo de vegetales, escasa actividad física, escasos recursos familiares para proveer al menor de alimentos nutritivos, poco tiempo de los padres para el control y suministro de los alimentos adecuados, entre otras. No es una categoría que se encuentre conceptualizada en la literatura.

#### *6.1.1. Sobrepeso y Obesidad*

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que a lo largo del tiempo han cobrado gran importancia en el mundo, ya que han alcanzado proporciones alarmantes a nivel mundial, y son la causa de un gran número de enfermedades no transmisibles. Para Cahnman (1968) y DeJong (1980), la obesidad y el sobrepeso en sociedades occidentales representan un problema moral, debido a que las personas que no son obesas juzgan y condenan a las otras por su peso. En general, la gente considera que alguien que nace con un defecto (síndrome de Down o parálisis infantil, por ejemplo) no es culpable por ello, tampoco si es gordo debido a un mal funcionamiento de las glándulas. Pero, si es obeso por comer demasiado, o menciona que no le gusta hacer ejercicio o que ha intentado bajar de peso sin éxito, entonces se le juzga culpable de tener sobrepeso y obesidad. En consecuencia, la creencia de la gente acerca de que quien presenta sobrepeso tiene en sus manos el problema y también la solución es una muestra del estigma que pesa sobre estas

personas que son vistas como perezosas. (Citados en Cruz Sánchez, Tuñón, Villaseñor Farías, Álvarez Gordillo y Nigh Nielsen, 2013, p. 176).

Debido al desarrollo que han tenido las comunidades durante los últimos años, donde el trabajo físico en la mayoría de los casos paso hacer un trabajo de oficina; y donde los medios de transporte se han transformado, han generado un cambio en la salud física de las personas. Según la OMS (1990), durante el proceso de desarrollo las comunidades evolucionan desde sociedades rurales, en las que la actividad física es necesaria para la producción agropecuaria, a las más industrializadas, urbanizadas y opulentas en las que disminuye progresivamente la demanda de trabajo físico. Así mismo, en las áreas urbanas es común el empleo de aparatos eléctricos para realizar quehaceres domésticos, los vehículos motorizados se usan con más frecuencia y el tiempo libre se invierte en actividades físicas pasivas, como ver televisión, por lo que el modo de vida sedentario se convierte en una característica destacada de la urbanización, que se ha considerado responsable del aumento progresivo del sobrepeso y obesidad. (OMS, pár. 9).

Así mismo, el sobrepeso y la obesidad son condiciones que, como otras, reflejan las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, y la promoción de la adopción de estilos de vida saludables son base de la política sanitaria para combatirlos; no es una elección libre para los hombres y mujeres de los estratos socioeconómicos más débiles, toda vez que las influencias de su grupo de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras (Giddens, 1997, citado en Cruz Sánchez, et al., 2013, pp. 166-167).

Otros autores como Le Breton (2008), refieren el problema de exceso de peso al desconocimiento que las personas tienen de su cuerpo. En su libro *Antropología del Cuerpo y Modernidad*, hace referencia a que, en las sociedades occidentales modernas cada sujeto tiene un conocimiento vago de su cuerpo, y son raros los que saben la ubicación de los órganos y que

comprenden los principios fisiológicos que estructuran las funciones corporales. Por lo cual, resulta difícil que las personas identifiquen como enfermedad el sobrepeso o la obesidad, puesto que, poseen un conocimiento ambiguo de su cuerpo.

Cruz Sánchez et al. (2013):

...mencionan que para que una persona gane peso y se convierta en obesa se requiere de muchos factores conectados con sus condiciones de vida, el contexto en el que ésta transcurre y, en consecuencia, con su grupo de referencia a partir del cual aprende, comprende y practica un estilo de vida propio. (p. 183).

Como se ha mencionado antes, el estado de sobrepeso es un exceso de masa del todo el tejido corporal: masa grasa y masa libre de grasa (tejido muscular, hueso y agua). No obstante, las clasificaciones de la obesidad, como es el índice de masa corporal (IMC) de la Organización Mundial de la Salud, refieren el sobrepeso como una condición que precede a la obesidad. Por lo tanto, es importante conocer que es el IMC para poder comprender de una forma más exacta las diferentes clasificaciones/definiciones existentes del sobrepeso y la obesidad. (García, 1990, citado en Coaquira y Flores, 2013, p. 29)

En la actualidad, aún con todo lo que se ha dado a conocer, aún consideran la obesidad solo como un problema de apariencia física y no como una enfermedad que puede comprometer otros aspectos de la salud, causando enfermedades como la hipertensión y diabetes, entre otras. Para la (OMS, 2000) la obesidad ha sido enfocada por la sociedad como un problema que solo afecta la apariencia física de la persona, pero ante todo es una enfermedad que incide directamente en la esperanza y calidad de vida de quien la sufre, y genera un gran impacto social y económico en la medida que compromete la productividad de importantes sectores de la población económicamente activa y genera unos costos enormes a los sistemas de salud producto del tratamiento de las

patologías asociadas con la misma y la reducción en la calidad de vida de las personas. (Citado en Martínez y Visbal, 2017, p. 203).

Para Lujan Sánchez, Piat y Ott (2010), la prevención de la obesidad debe comenzar desde el primer año de vida, valorando conjuntamente el crecimiento en altura y peso; de igual manera, debe dirigirse hacia la familia, fomentando formas adecuadas de alimentación y estímulo de actividad física, pero también al entorno social (p. 22).

Algunos autores nombran al término “adiposidad” para referirse a obesidad, ya que significa exceso de grasa corporal. Así mismo, aclaran que la obesidad no es sinónimo de “sobrepeso”, porque una persona corpulenta, de esqueleto ancho y gran masa muscular, puede tener sobrepeso para su edad y sexo, según las tablas de normalidad; sin ser obesa. Sin embargo, es costumbre definir la obesidad como el “exceso de peso” superior al 20% del peso ideal para la talla. (Freyre, 1997, citado en Coaquira y Flores, 2013, p. 28). De igual forma, las palabras sobrepeso y obesidad en esencia definen dos estados caracterizados por un exceso de grasa corporal que se ha acumulado hasta un punto que puede causar efectos adversos sobre la salud que conducen a una reducción en la expectativa de vida y/o el incremento de problemas de salud. (Haslam, 2005, citado en Martínez y Visbal, 2017, p. 205).

La OMS (2018) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Mencionan que el Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos; el cual, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

En Colombia para definir si una persona padece de sobrepeso u obesidad, se basan en los parámetros establecidos por la OMS; donde para el caso de los adultos, define el sobrepeso y la obesidad como: sobrepeso: IMC igual o superior a 25. Obesidad: IMC igual o superior a 30.

En este caso, el IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

De acuerdo con la OMS (2018), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Como se ha evidenciado en otros estudios, a nivel mundial ha ocurrido un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización; lo que lleva al desequilibrio energético.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares) que fueron la principal causa de muertes en 2019; la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC, que traduce sufrir de sobrepeso u obesidad.

Para Hernández:

Las creencias relacionadas con la obesidad infantil podrían jugar un rol en la evaluación de padres y madres del estado nutricional de sus hijos(as). Las creencias de obesidad se refieren a una frase o aseveración respecto a los conocimientos y conductas relacionados con la salud y la obesidad que se aceptan como verdad. (2010, citado en Miranda-Hermosilla y García, 2019, p. 107).

Muchos son los factores que acompañan al sobrepeso y la obesidad, representa para la persona dificultades a nivel físico y emocional; ya que puede llevar a una baja autoestima, depresión, entre otros; generada por no estar a gusto con su imagen corporal y por las críticas a las que se ven enfrentados por parte de la sociedad.

Todas estas definiciones sobre obesidad nos permiten entender que esta problemática afecta no solo el aspecto físico, sino que además se presenta una afectación a nivel emocional y psicológico de quienes la padecen. Así mismo, es un fenómeno que no solo afecta a los adultos, sino también a los niños.

### *6.1.2. Obesidad Infantil*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) refiere que la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con sobrepeso u obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo. Las consecuencias más importantes del sobrepeso y la obesidad infantiles, que a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta, son: las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor, en particular la artrosis y ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon).

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad, ya que es diferente al de los adultos. En niños menores de 5 años el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los

patrones de crecimiento infantil de la OMS; y la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Otra de las consecuencias de la obesidad infantil es que se tiene una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantiles es el desequilibrio entre la ingesta y el gasto calóricos. El aumento a nivel mundial del sobrepeso y la obesidad en los niños es atribuible a varios factores, tales como: El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables; la tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2020, pár. 1-2).

Continuado en la misma línea Castillo et al. (2012), refiere que la obesidad es una enfermedad que afecta a los niños sin distinción de etnias, asociados a diferentes factores de riesgo como aculturación, percepción inadecuada de la imagen corporal, sedentarismo, alimentación inadecuada con una elevada ingesta de proteínas y carbohidratos en forma de alimentos densos en calorías, falta de actividad física y poco tiempo de sueño. (Citados en Castillo, Téllez y Rodríguez, 2013, p. 57).

Adicional a eso Aceves-Martins, Llauradó, Tarro, Solà y Giralt, plantean que:

El exceso de grasa corporal en niños y adolescentes puede llevar a una gran cantidad de condiciones clínicas y trastornos psicosociales tales como la enfermedad del hígado graso

no alcohólico, diabetes Mellitus tipo 2, apnea del sueño, asma, enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, anomalías menstruales (enfermedad ovárica poliquística), afecciones de la piel, deterioro del equilibrio, problemas ortopédicos y habilidades de aprendizaje deficientes. Todas estas condiciones contribuyen a una mayor morbilidad y/o mortalidad prematura, además de poder conducir a una discriminación social que probablemente afectará a la imagen corporal y a la autoestima del niño. (2016, citados en Alberti, 2019, p. 5).

La OMS en su lucha contra la Obesidad Infantil, plantea a la población mundial una serie de recomendaciones para disminuir este fenómeno, las cuales son aumentar el consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta total de grasas y sustituir las saturadas por las insaturadas; reducir la ingesta de azúcares, y mantener la actividad física: un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada o vigorosa que sea adecuada para la fase de desarrollo y conste de actividades diversas. Asimismo, refiere que para frenar la epidemia de obesidad infantil es necesario un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas, tanto públicas como privadas. Hace un llamado a los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, ya que tienen un papel fundamental en la creación de entornos saludables y de condiciones de asequibilidad y accesibilidad de opciones dietéticas más saludables para los niños y los adolescentes.

La obesidad infantil se puede combatir, si entendemos que es una enfermedad que genera consecuencias devastadoras en quienes la padecen y se generan cambios en los estilos de vida para disminuir su incidencia.

## 6.2. Percepción

Existen diferentes enfoques teóricos para hablar del concepto de percepción, los cuales han ido evolucionando con el desarrollo de investigaciones y estudios sobre el tema.

Para este trabajo iniciamos definiendo la percepción como “una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde lo cultural y social” (Padilla Vargas, Roselló Araya, Guzmán Padilla y Aráuz Hernández, 2006, citado en Giordano y Sartori, 2012, p. 38).

Según la teoría clásica de Ulric Neisser (1967-1976) la percepción es un proceso cognitivo-constructivo, en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. (Citado en Coaquira y Flores, 2013, p. 16).

Para la psicología, existen diversos conceptos sobre la percepción, donde uno de ellos refiere en que es una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos. Mediante la percepción, la información es interpretada y se logra establecer la idea de un único objeto. Esto significa que es factible experimentar diversas cualidades de una misma cosa y fusionarlas a través de la percepción, para comprender que se trata de un único objeto. Es un proceso cognitivo por el cual el hombre selecciona, organiza e interpreta la información sensible en objetos y fenómenos significativos. (Coaquira y Flores, 2013, pp. 16-17)

En cuanto a la Percepción Social se ha definido como la capacidad de percibir los estados mentales de otros basándose en señales del comportamiento y se considera que procede a procesos más complejos que surgen más recientemente en el desarrollo humano. (Low y Perner, 2012, citado en Atenas, Ciampi, Venegas, Uribe, Reinaldo y Cárcamo Rodríguez, 2019, p. 371).

Para referirnos en específico al tema del peso y su relación con la percepción, encontramos que para Slade (1994, citado en Giordano y Sartori, 2012, p. 38), la distorsión de la imagen corporal se produce cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo real que está siendo representado. Este aspecto es considerado como peligroso, ya que el sobrepeso puede avanzar sin que los padres lo perciban. De acuerdo con Ortiz y Posa (2007), cuando una madre reconoce el problema que supone la obesidad y conoce las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo (a), intentará inculcarle hábitos alimenticios saludables. (Citado en: Coaquira y Flores, 2013, p. 21).

En la mayoría de los estudios se encontró que los padres de niños con obesidad y en peligro de tenerla tienden a creer que el peso de sus hijos era menor, lo cual es generalmente reflejado en sus prácticas alimentarias. Por otra parte, se pudo evidenciar que cuando la madre tiene una percepción adecuada de su hijo, tiende a presentar mayor disponibilidad de implementar cambios en los hábitos alimenticios de estos. Es importante que la madre tenga una percepción correcta en relación al peso corporal de su hijo, ya que ésta pudiera disminuir la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. Además, los esfuerzos para intentar modificar la prevalencia tienden al fracaso si las madres no son capaces de reconocer que sus hijos tienen un problema de malnutrición (sobrepeso u obesidad). (Coaquira y Flores, 2013, p. 22).

### *6.2.1. Percepción de Obesidad*

Para hablar de la percepción de obesidad iniciamos mencionando que, en algunas culturas, la condición de obesidad se considera una clara desviación a las normas de salud; diferentes estudios revelan que la opinión entre las y los adolescentes sobre el peso corporal varía por género y condición étnica, y está asociada en gran medida con lo que los padres piensan acerca del peso corporal de sus hijos (Levinson et al.1986, citados en Cruz Sánchez et al., 2013, p.176).

Así mismo, cuando entendemos por percepción el proceso de organizar e interpretar información sensorial para darle significado, la percepción materna del estado nutricional del niño es la manera cómo ve e interpreta la madre la corporalidad de su hijo en relación con su peso, ubicándolo en un parámetro de estado nutricional. (Coaquira y Flores, 2013, p. 21).

Otros autores definen la percepción como la construcción de símbolos mentales o representaciones de la realidad adquirida mediante los sentidos. Así, la realidad percibida por los padres acerca del peso de sus hijos puede diferir de la realidad objetiva (evaluación antropométrica del niño). (Moreno, 2014, citado en Angarita, Martínez, Rangel, Betancourt y Prada, 2014, p. 373).

Por su parte Kiranmala, Das y Arora señalan que:

Muchos comportamientos relacionados con la ingesta y el gasto energético están influenciados por las percepciones culturales y la valoración de una comunidad de las experiencias. Es el caso, por ejemplo, del perfil del cuerpo, cuyo mensaje puede cambiar a través del tiempo dentro de una misma cultura. Antiguamente, en muchas culturas de Occidente, poseer un cuerpo obeso denotaba salud, prosperidad y alto rango social, mientras que hoy en día significa todo lo contrario, es decir, mala salud y bajo nivel socioeconómico. De hecho, la actual globalización y aculturación coexistentes están promoviendo el cambio y la homogeneidad cultural. (2013, citados en Alberti, 2019, p. 6).

Como es sabido, las familias tienen un papel integral en la formación de los valores, creencias y comportamientos de salud de los niños. Para (Taverno Ross, Macia, Documét, Escribano, Kazemi Naderi y Smith-Tapia, 2018) las intervenciones basadas en la familia adaptadas a las personas latinas pueden ser particularmente exitosas, dada la orientación cultural colectivista que coloca las necesidades de la familia por encima de las de la persona. Cabe destacar que en la comunidad latina existe una creencia generalizada de que un bebé con una proporción corporal

elevada es un bebé sano, y pocas madres latinas con niños en edad preescolar son capaces de reconocer a sus hijos como niños con sobrepeso (Citados en Alberti, 2019, p. 11).

Las percepciones culturalmente definidas de la imagen corporal podrían influir en las estrategias y decisiones de los padres con respecto a los hábitos de alimentación y actividad física. Las madres de minorías étnicas pueden tener diferentes percepciones de lo que consideran un niño “sano”. En algunas culturas, las madres pueden ver la delgadez como un reflejo de la mala salud y la malnutrición, y algunos padres pueden tener incluso percepciones inexactas del peso o el estado de obesidad de sus hijos. (Peña, Dixon y Taveras, 2011, citados en Alberti, 2019, p. 20).

### 6.3. Estilos de vida relacionados con la alimentación

Como es sabido en la familia es donde se aprende actitudes, valores y hábitos como los alimenticios y de actividad física. Por lo cual, los estilos de vida son instaurados en el hogar. Según Menéndez (1998), el concepto "estilo de vida" tiene sus raíces en las corrientes del marxismo, la sociología comprensiva de Weber, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense. Originalmente hacía referencia tanto a la macroestructura social, como a sus expresiones culturales en el individuo/grupo, es decir, era un concepto holístico. (citado en Cruz Sánchez et al., 2013, p.183).

El estilo de vida es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales. (OMS, 1986, citado en Coaquira y Flores, 2013, p. 35)

Para Meza (2008), el estilo de vida saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud. Existen múltiples estilos de vida saludables, reconociendo como tal en la práctica a aquel que, en su conjunto, ayuda a añadir años a la vida y vida a los años, y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades. Se puede identificar una conducta como saludable (por ejemplo, la práctica de

actividad física moderada) o no saludable (por ejemplo, el consumo de sustancias tóxicas. (Citado en Coaquira y Flores, 2013, pp. 37-38).

Para explicar la diferencia entre un estilo de vida saludable y uno no saludable, (Maya, 2014) refiere que los primeros son procesos sociales, tradicionales, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población, que conllevan la satisfacción de las necesidades para alcanzar el bienestar y la vida. Mientras que, los estilos de vida no saludables se relacionan con comportamientos inadecuados que tienen un efecto nocivo sobre la salud. (Citados en Díaz-Martínez, Tovar y Torres, 2015, p.16). De igual manera, el estilo de vida es el modo de vida de un individuo o grupo poblacional en el que influyen tanto las características personales y patrones de comportamiento individuales como las condiciones de vida en general y los aspectos socioculturales. (Ángel, Oliva y Ángel, 2013, citado en Campo-Terenera, Herazo-Beltrán, García-Puello, Suarez-Villa, Méndez y Vásquez-De la Hoz, 2017, p. 420).

Por otro lado, los estilos de vida saludables no hacen referencia exclusiva a la salud física sino también a la salud mental de las personas, y en este aspecto la inteligencia emocional juega un papel importante, funcionando como catalizador para el buen trato que se asocia con las relaciones humanas satisfactorias y la convivencia pacífica; entendiendo además que el buen trato se relaciona con aquellos comportamientos realizados por una persona, grupo u organización, sean físicos o verbales, que apuntan a la integridad física y psicológica, al desarrollo de la autoestima y la autonomía, a la singularidad y el respeto del otro, y la validación de los derechos humanos. (Vásquez, 2012, citado en Campo-Terenera, et al., 2017, p. 421)

Se ha documentado que el principal motivo para mejorar los hábitos alimentarios es el deseo de disminuir el peso corporal; por lo tanto, si no existe deseo de disminuir el peso corporal, no existe motivación suficiente para modificar hábitos alimentarios. (Ogden, 2010, citado en Caamaño, Palacios, Parás y Rosado, 2018, pp. 142-143).

En la mayoría de los estudios, las madres latinas describieron una creencia cultural de que “regordete es saludable” e informaron de que los niños delgados eran percibidos como desnutridos y con frecuencia objeto de burlas por parte de sus compañeros. A pesar de estas creencias, algunas madres reconocieron que se trataba de un error de percepción que necesitaba ser corregido en su comunidad porque había consecuencias perjudiciales de sobrepeso u obesidad, tales como la falta de autoestima y el estigma social. Por otra parte, a partir de la creencia de que el desperdicio de comida no es una buena práctica, muchas madres animan a los niños a terminarse todo su plato. La creencia cultural más común entre los latinos fue que están predispuestos a condiciones de salud crónicas, específicamente diabetes y sobrepeso u obesidad. Por lo tanto, la muerte por estas enfermedades era inevitable y no valía la pena comer o actuar de una manera más saludable. (Martínez, Rhee, Blanco y Boutelle, 2017, citados en Alberti, 2019, pp. 11-12).

Como se mencionó al inicio de este apartado, la familia proporciona el primer entorno de aprendizaje social de los niños y el lugar originario de la exposición a la elección de alimentos, los hábitos alimentarios y las oportunidades de participación para el juego y otras actividades físicas, por lo que resulta obvio que el ambiente de la familia juega un papel fundamental tanto en el desarrollo de la obesidad como en su reducción. (Miqueleiz et al, 2015, citados en Alberti, 2019, pp. 18-19)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Calidad de Vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”. (Concha-Cisternas, Castillo-Retamal y Guzmán-Muñoz, 2020, p. 34).

### *6.3.1. Alimentación*

La alimentación saludable es un objetivo claro en la salud física y emocional de las personas esta va acompañada de sensaciones de bienestar, como cuerpo y mente sanos.

En un estudio realizado por Kimoto, et al. (2014), las mujeres refieren disfrutar la vida mediante el placer de comer sin límite, por lo que alimentarse en exceso es percibido como símbolo de felicidad y no solo como satisfacción de una necesidad fisiológica. Por lo anterior, el sobrepeso se ha interpretado como evidencia de gozar una “buena vida”, y en algunos grupos sociales parece ser más importante disfrutar la comida todos los días que prevenir enfermedades en el futuro o incluso mantener una imagen corporal estética. (Citados en Caamaño, Palacios, Parás, Rosado, 2018, p. 142).

Otro aspecto social que condiciona el estilo de alimentación es el significado del buen comer, el cual se ha interpretado como sentirse enteramente satisfecho o saciado, concediendo menor valor a la calidad nutricional o variedad de alimentos. (Caamaño, Ronquillo, Kimoto, García, Long y Rosado, 2016, citados en Caamaño, Palacios, Parás, Rosado, 2018, p. 142).

Además, los valores y creencias sobre la alimentación en la madre influyen fuertemente en la alimentación de los hijos. Las madres procuran el bienestar de los hijos mediante la cantidad de alimentos que les ofrecen, ejerciendo mayor presión sobre sus hijos para comer. Asimismo, al dar excesivo valor a la alimentación de los menores, las madres procuran constantemente la saciedad en sus hijos y utilizan los alimentos como motivadores de una conducta deseada en ellos. (Navarro Contreras y Reyes Lagunes, 2016, citados en Caamaño, Palacios, Parás, Rosado, 2018, p. 142).

Según Parada et al. (2016, citados en Alberti, 2019, p. 20), el uso frecuente del refuerzo de la alimentación saludable por parte de los padres se asoció con una mayor ingesta de frutas y verduras por parte de los niños. Sin embargo, el uso más frecuente del control de la alimentación por parte de los padres se relacionó con una menor ingesta de frutas y verduras.

### *6.3.2. Actividad Física*

En nuestra cultura no se tiene claro el término de actividad física y tiende a ser confundido con otros términos como ejercicio, deportes. Por lo cual, es necesario conocer a que se refiere y

cuál es su objetivo. La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio"; éste es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. (OMS, 2013, citado en Coaquira y Flores 2013, p. 40).

En los últimos años, ha habido una disminución de los niveles de actividad física entre los niños y adolescentes de todo el mundo, debido sobre todo al aumento exponencial de la presencia de aparatos electrónicos en muchos hogares, a los cuales los niños dedican gran parte de su tiempo de ocio, dejando de realizar actividades saludables al aire libre con otros niños/as. También influye mucho la demanda creciente de vehículos motorizados, dejándose cada vez más de lado el transporte en bicicleta e ir a pie. (Alberti, 2019, p. 5).

El principal objetivo del tratamiento de la obesidad es disminuir la grasa corporal y el peso del niño. Para ello, será necesario aumentar el tiempo de ejercicio físico diario (o simplemente realizar un mínimo de 30 minutos diarios de actividad de intensidad moderada) y modificar los hábitos alimentarios. Se recomienda consumir una dieta equilibrada con un 50-55% de hidratos de carbono, 25-30% de grasas y un 15-20% de proteínas, distribuidas en 5 o 6 comidas diarias, y beber mucha agua. Las dietas muy hipocalóricas solo se aconsejan en casos muy concretos, y siempre bajo una adecuada supervisión, para que no influya negativamente en el correcto crecimiento y desarrollo del niño/a). (Aznar y Franch, 2016, citados en Alberti, 2019, p. 5).

Todos estos conceptos le dan sustento teórico a nuestra investigación y permite conocer cada una de las variables establecidas.

## 7. FUNDAMENTACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1. Enfoque

Empírico analítico o Cuantitativo

### 7.2. Tipo de Investigación

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, la cual comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos del fenómeno estudiado. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente. La investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hecho.

### 7.3. Nivel de investigación

Con un alcance descriptivo del fenómeno observado.

### 7.4. Diseño de investigación

Con un diseño no experimental, donde no se manipulan deliberadamente las variables para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

De corte transversal, estos diseños recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### 7.5. Población y Muestra

#### 7.5.1. Población

Padres o cuidadores de 115 niños y niñas de 3 hogares infantiles: Pentagrama, La Rochela y Carrusel del municipio de Rionegro, diagnosticados con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad.

### 7.5.2. Muestra

Se trabajó con 46 padres o cuidadores de los menores que aceptaron participar en la investigación.

### 7.5.3. Diseño Muestral

Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico, con un nivel de confianza del 91% y un margen de error del 9%.

### 7.5.4. Criterios de Inclusión

- ◆ Padres o cuidadores de niños entre 1 y 5 años.
- ◆ Padres o cuidadores de niños que asistan a alguno de los 3 hogares infantiles.
- ◆ Padres o cuidadores de niños que estén diagnosticados o en riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad.

### 7.5.5. Criterios de exclusión

- ◆ Padres o cuidadores de niños cuyos diagnósticos sean por problemas metabólicos u hormonales.

### 7.5.6. Consideraciones éticas

Esta investigación contempló los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizadas en seres humanos. Basado en ello, se elaboró el Consentimiento informado, que fue firmado por los 46 padres que aceptaron participar, luego de haber sido informados de la investigación. (Ver *Apéndice A. Consentimiento Informado*).

## 7.6. Variables

Riesgo de sobrepeso: Es una afección en la cual una alta cantidad de la grasa corporal incrementa la probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad y problemas de salud.

Sobrepeso: Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, con un IMC igual o superior a 25. (OMS, 2020)

Obesidad: Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, con un IMC igual o superior a 30. (OMS, 2020).

Percepción: Valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde lo cultural y social. (Padilla Vargas, et al.2006).

Antecedentes familiares: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Esto abarca las enfermedades actuales y pasadas. En los antecedentes familiares a veces se observa la distribución de ciertas enfermedades en una familia. (Instituto Nacional de Cáncer – NIH – (S.f., pár. 4)

Estilos de vida: El estilo de vida es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales. (OMS, citado en Coaquira y Flores, 2013) (Ver *Apéndice B. Operacionalización de Variables*)

## 7.7 Instrumentos

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de 4 instrumentos diseñados y elegidos para obtener la información que se precisaba para el estudio: Una encuesta sociodemográfica y de antecedentes familiares, un Pictograma, el Cuestionario de Frecuencia de consumo de alimentos de Coromoto Nava, Pérez Herrera y Hernández (2011) y el Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Validado por Godard et al. (2008), que se explican a continuación.

### 7.7.1. Encuesta sociodemográfica y de antecedentes familiares

Encuesta, con preguntas de selección múltiple; orientada a la obtención de información

sobre los factores socioeconómicos, demográficos y familiares.

Se exploraron factores como los socioeconómicos y demográficos indagando sobre el sexo, ingresos familiares mensuales, régimen de afiliación al sistema de seguridad social y estrato socioeconómico; y el factor Familiar y Personal en relación a asistencia a controles de crecimiento y desarrollo, práctica y frecuencia deportiva del menor, preferencia por videojuegos y televisión en el tiempo libre, además del antecedente familiar de sobrepeso u obesidad, la práctica de la lactancia materna exclusiva y el peso al nacer. (Ver *Apéndice C. Encuesta sociodemográfica y de antecedentes familiares*).

#### *7.7.2. Escala visual de imágenes corporales (Pictograma) (Collins,1991).*

Pictograma utilizado para evaluar la percepción que tienen los padres o cuidadores de los menores. Es una escala validada para niños de 6-12 años, conformada por 7 siluetas, que representan la apariencia física de acuerdo con el género (niños y niñas). (Ver *Apéndice D. Escala visual de imágenes corporales (Pictograma), Collins,1991*).

#### *7.7.3. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Coromoto-Nava, Pérez, Herrera y Hernández (2011).*

Cuestionario diseñado para evaluar la ingesta de alimentos diarios como bebidas, frutas, verduras, carbohidratos, carnes, golosinas. (Ver *Apéndice E. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Coromoto-Nava, Pérez, Herrera y Hernández, 2011*).

#### *7.7.4. Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA, Validado por Godard et al. 2008).*

Cuestionario que tiene el propósito de evaluar la Actividad Física habitual de un niño o adolescente durante la semana (lunes a viernes). Las actividades del fin de semana no se consideran por ser muy irregulares, excepto las actividades deportivas. El cuestionario contiene 5 categorías:

1. Horas diarias acostado.
2. Horas diarias de actividades sentadas.
3. Número de cuerdas

caminadas diariamente. 4. Horas diarias de juegos recreativos al aire libre y 5. Horas semanales de ejercicios o deportes programados. Cada categoría tiene un puntaje de 0 a 2, de tal forma, que el puntaje total va de 0 a 10. (Ver *Apéndice F*. Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA, Validado por Godard et al. 2008)

#### 7.8. Procedimiento

Se inicia con la búsqueda de la evidencia empírica acerca del tema de estudio, donde se revisaron artículos escritos en los últimos 10 años que dan cuenta del fenómeno de la obesidad infantil en Colombia y en otros países. A partir de ello, se hizo la formulación del problema, se plantearon los objetivos y el alcance que se quería lograr con este trabajo; posteriormente se identificaron los hogares infantiles en el Municipio de Rionegro, que atienden en conjunto con recursos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Posteriormente se realizó presentación de la investigación al departamento de bioética, para continuar con la solicitud de permiso a la UCO y al ICBF para el ingreso a campo; luego de estos permisos y contando con información suministrada por cada hogar infantil se identificaron los niños diagnosticados con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad. Se convocaron a los padres de estos niños y niñas, para realizar la presentación del proyecto e invitarlos a participar de esta investigación. Los padres que aceptaron participar realizaron la firma del consentimiento informado. Continuando con el proceso se programó cita para la aplicación de los instrumentos. Finalmente se hace análisis de la información sobre los resultados obtenidos.

#### 7.9. Análisis Estadísticos

Se realizó un análisis exploratorio de los datos, observando frecuencias, porcentajes y totales.

Se diseñó una base de datos en Excel donde se tabularon los datos obtenidos con los cuestionarios y posteriormente se procedió a su análisis a través del JASP, software estadístico

libre y de código abierto en su versión, 0.8.1.1.

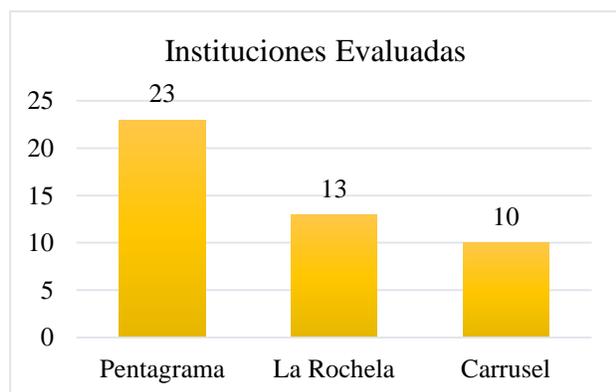
## 8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 8.1. Resultados

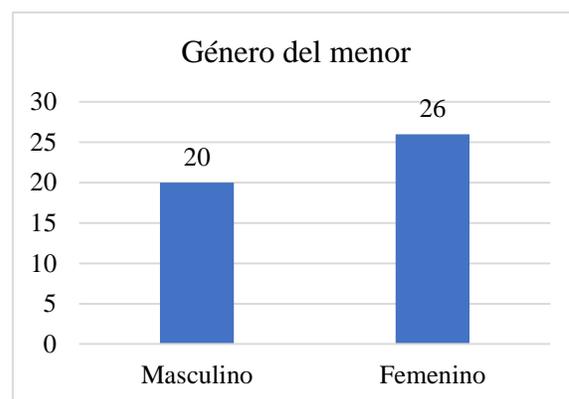
Se realizaron análisis exploratorios de frecuencias y porcentajes de los datos, para caracterizar la población evaluada y las variables del estudio.

#### 8.1.1. Análisis exploratorio de las variables sociodemográficas

En el estudio participaron 46 padres y/o cuidadores de niños y niñas asistentes a 3 hogares infantiles (Ver *Figura 1*. Instituciones evaluadas) del municipio de Rionegro, distribuido por género en 26 niñas y 20 niños (Ver *Figura 2*. Género del menor); en su totalidad diagnosticados con riesgo de sobrepeso. Pertenecientes a estratos 1 (1 participante), estrato 2 (10 participantes), estrato 3 (20 participantes), estrato 4 (10 participantes) y estrato 5 (1 participante) (Ver *Figura 3*. Estrato socioeconómico). Distribuidos por edad: 1 año (1 menor), 2 años (9 menores), 3 años (13 menores), 4 años (11 menores) y 5 años (12 menores) (Ver *Figura 4*, Número de niños evaluados por edad).



*Figura 1.* Instituciones evaluadas

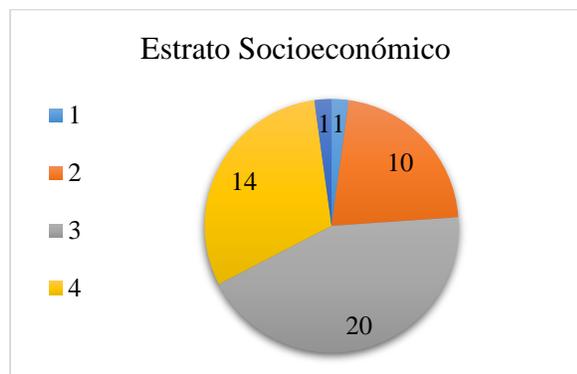


*Figura 2.* Género del menor

De los 46 padres evaluados 29 están casados, 11 separados o divorciados y 6 solteros (Ver *Figura 5*. Estado civil del padre informante). 15 de ellos son profesionales y 12 terminaron la secundaria (Ver *Figura 6*. Escolaridad del padre informante). 20 de ellos viven en casa arrendada, 13 viven en casa propia, 12 en casa familiar y solo una familia vive en casa compartida (Ver *Figura*

7, Tipo de vivienda); 18 son empleados de tiempo completo y 17 tienen otro tipo de empleo (Ver

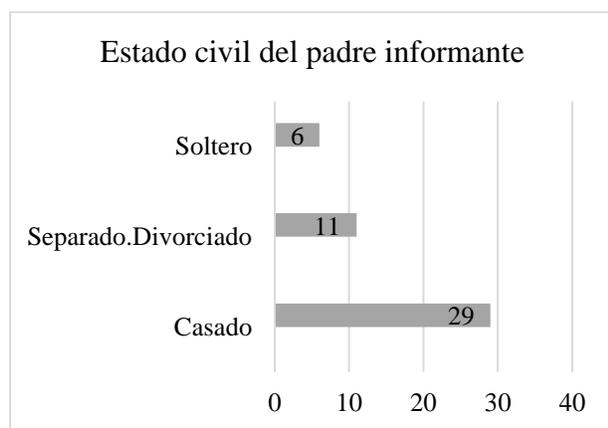
*Figura 8. Actividad del padre informante).*



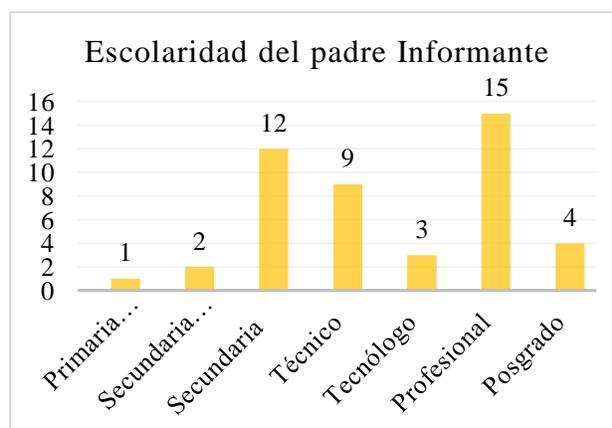
*Figura 3. Estrato socioeconómico*



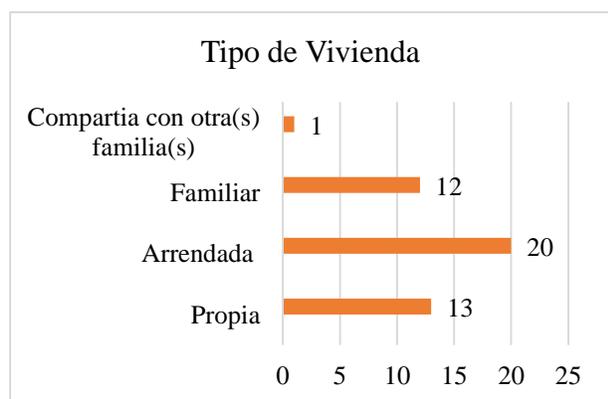
*Figura 4. Número de niños evaluados por edad*



*Figura 5. Estado civil del padre informante*



*Figura 6. Escolaridad del padre informante*



*Figura 7. Tipo de vivienda*



*Figura 8. Actividad del padre informante*

De los 46 padres evaluados: 22 viven con 3 personas, 10 con 4 personas y 8 con 2 personas (Ver Figura 9. Número de personas con quien vive). Viven con: padres – hermanos (24), familia extensa (13), padres (7) y mamá – hermanos (2) (Ver Figura 10. ¿Con quién vive?).

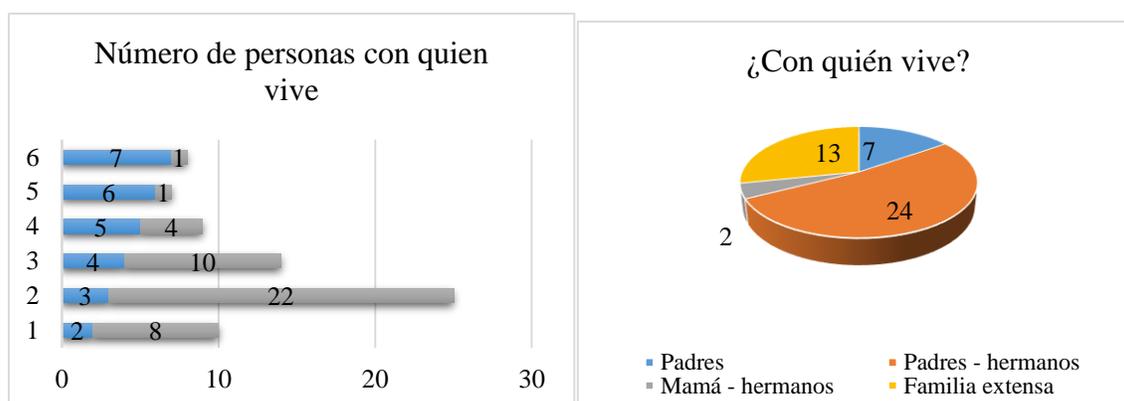


Figura 9. Número de personas con quien vive

Figura 10. ¿Con quién vive?

### 8.1.2. Análisis exploratorio de las variables de análisis

#### 8.1.2.1. Antecedentes familiares.

De los 46 padres evaluados el 21,7% presentan antecedentes de colesterol y triglicéridos, el 13% presenta consumo de alcohol y el 2,2% tiene antecedente de Infarto agudo al miocardio (Ver Figura 11. Antecedentes médicos familiares). El 45,7% presentan antecedentes de sobrepeso, 32,6% de riesgo de sobrepeso y 26,1% de obesidad (Ver Figura 12. Antecedentes familiares de exceso de peso).

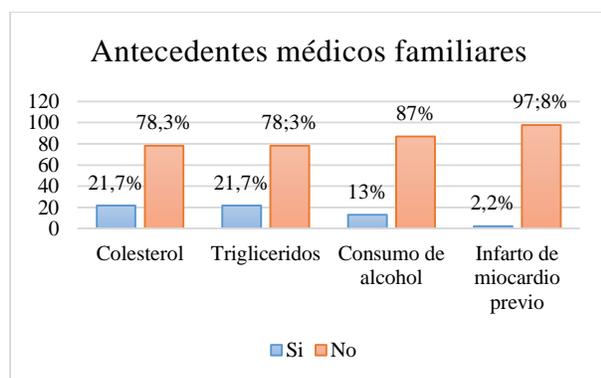


Figura 11. Antecedentes médicos familiares.

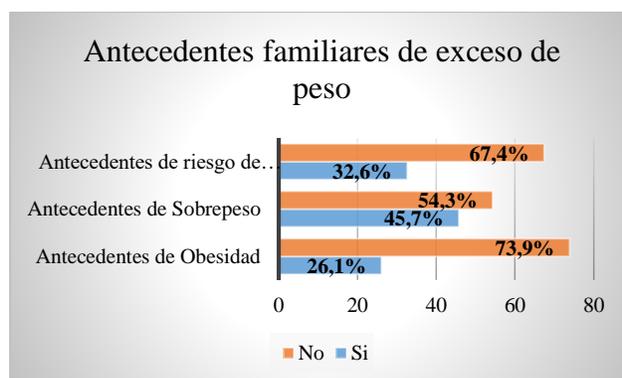


Figura 12. Antecedentes familiares de exceso de peso

Del 26,1% que presenta antecedentes de obesidad el 10,9% es por parte de los abuelos (Ver *Tabla 1. ¿Quién tiene obesidad?*). Del 45,7% que presenta antecedentes de sobrepeso el 15,2% es por parte de la madre y el 10,9% del padre (Ver *Tabla 2. ¿Quién tiene sobrepeso?*). Del 32,6% que presenta antecedentes de riesgo de sobrepeso, el 8,7% es por parte de los abuelos y el 6,5% por parte de ambos padres (Ver *Tabla 3. ¿Quién tiene riesgo de sobrepeso?*).

*Tabla 1. ¿Quién tiene obesidad?*

¿Quién tiene obesidad?	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	1	2,2%
Papá	1	2,2%
Abuelos	5	10,9%
Tíos	2	4,3%
Ninguno	34	73,9%
Varios	3	6,5%

*Tabla 2. ¿Quién tiene sobrepeso?*

¿Quién tiene sobrepeso?	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	7	15,2%
Papá	5	10,9%
Abuelos	4	8,7%
Tíos	2	4,3%
Ninguno	25	54,3%
Varios	3	6,5%

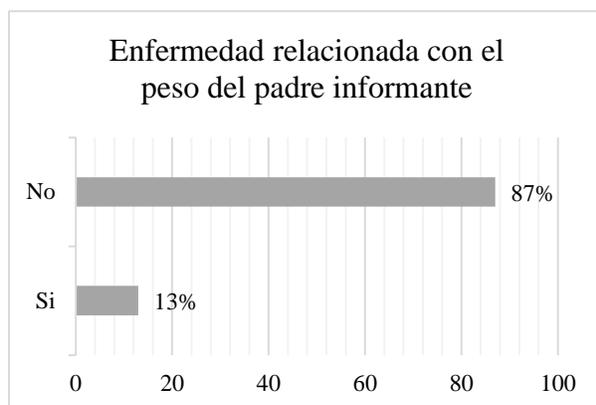
*Tabla 3. ¿Quién tiene riesgo de sobrepeso?*

¿Quién tiene riesgo de sobrepeso?	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	3	6,5%
Papá	3	6,5%
Hermanos	1	2,2%
Abuelos	4	8,7%
Tíos	1	2,2%
Ninguno	31	67,4%
Varios	3	6,5%

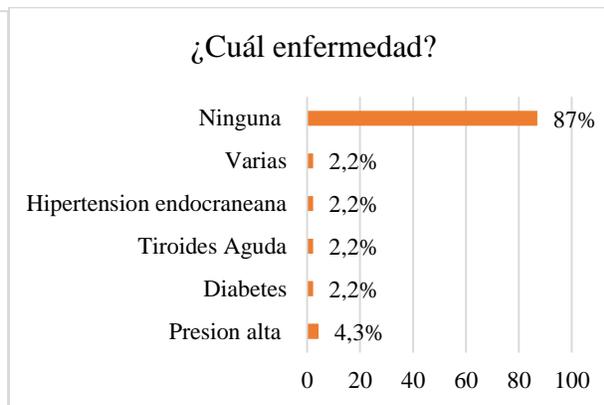
El 13% de los padres informantes presenta alguna enfermedad relacionada con el peso (Ver *Figura 13. Enfermedad relacionada con el peso del padre informante*), de los cuales el 4,3% sufre de presión alta (Ver *Figura 14. ¿Cuál enfermedad?*).

El 43,5% de los padres informantes practica algún deporte (Ver *Figura 15. ¿Practica algún deporte?*), de los cuales el 8,7% practica fútbol, el 6,5% camina y realiza Cardio (Ver *Figura 16. ¿Cuál deporte?*). La frecuencia de este deporte se distribuyó así: una vez a la semana el 10,9%, dos

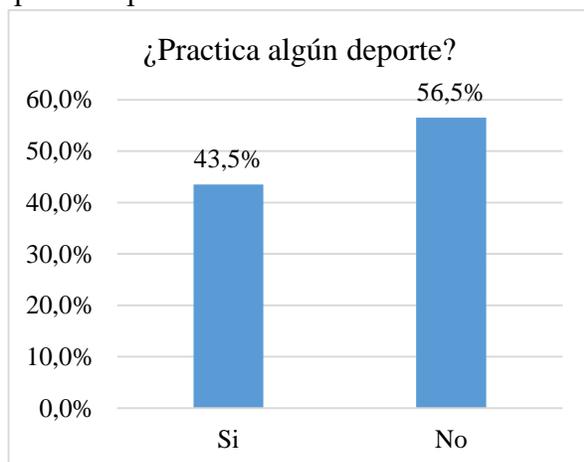
veces a la semana, tres veces a la semana y cinco veces a la semana el 6,5% (Ver *Tabla 4*. ¿Con qué frecuencia practica deporte?).



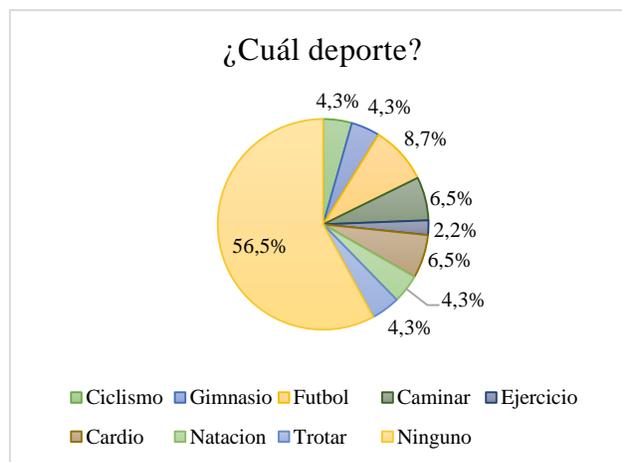
*Figura 13.* Enfermedad relacionada con el peso del padre informante



*Figura 14.* ¿Cuál enfermedad?



*Figura 15.* ¿Practica algún deporte?

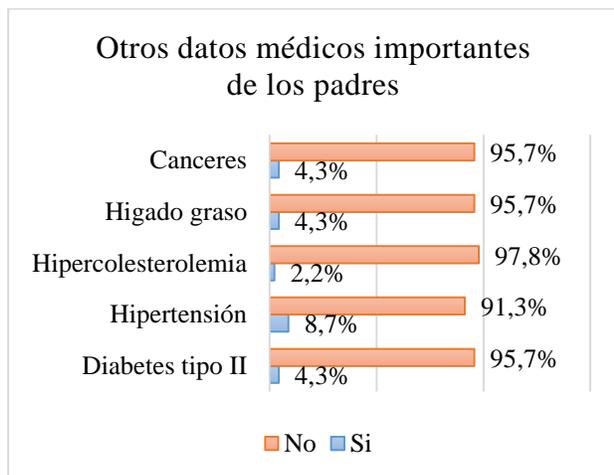


*Figura 16.* ¿Cuál deporte?

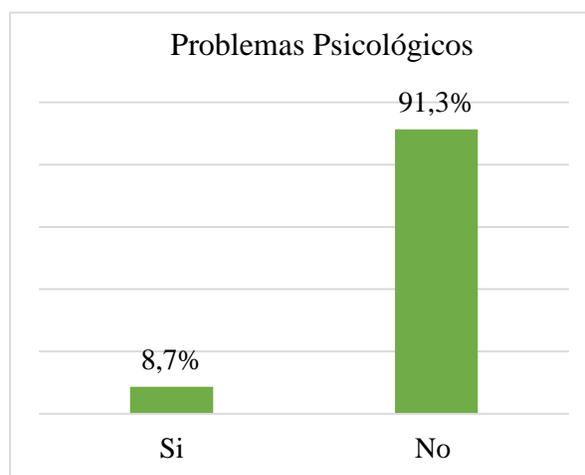
*Tabla 4.* ¿Con qué frecuencia practica deporte?

¿Con qué frecuencia?	Frecuencia	Porcentaje
Diario	2	4,3%
1 vez a la semana	5	10,9%
2 veces a la semana	3	6,5%
3 veces a la semana	3	6,5%
4 veces a la semana	2	4,3%
5 veces a la semana	3	6,5%
6 veces a la semana	1	2,2%
Ninguno	27	58,7%

En otros datos médicos de los padres informantes se evidencia que el 8,7% sufre de hipertensión y el 4,3% de diabetes tipo 2, hígado graso y algún tipo de cáncer (Ver *Figura 17. Otros datos médicos importantes de los padres*). En cuanto a problemas psicológicos solo el 8,7% de los padres informantes sufren de alguno (Ver *Figura 18. Problemas Psicológicos*).



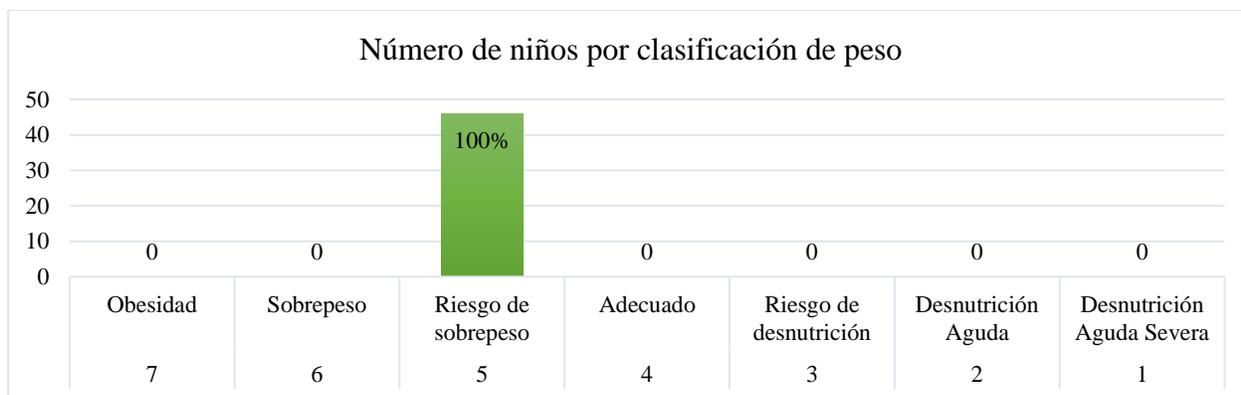
*Figura 17.* Otros datos médicos importantes de los padres



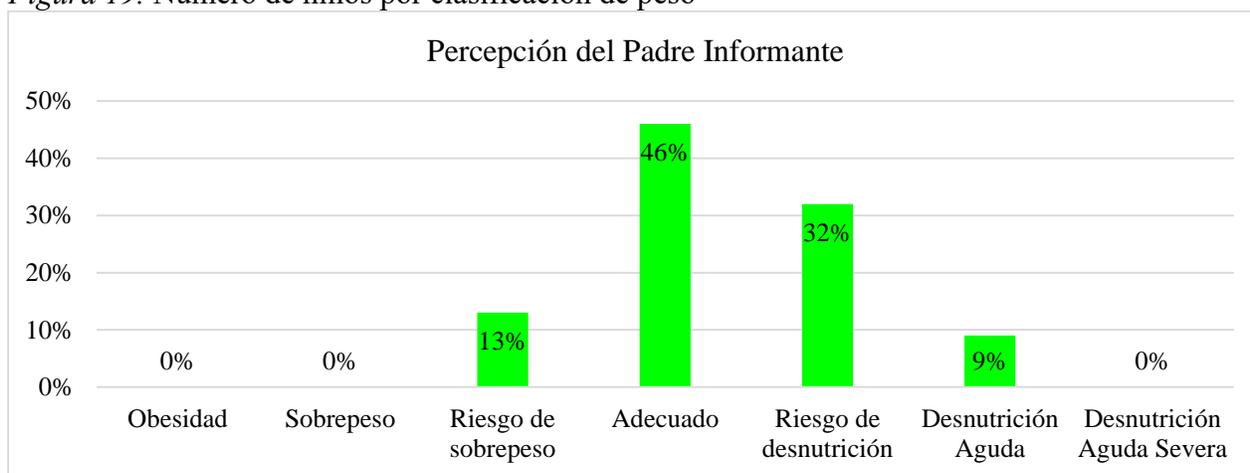
*Figura 18.* Problemas Psicológicos

#### 8.1.2.2. Percepción.

El peso real de los niños y niñas evaluados de acuerdo con la clasificación de la OMS, se encuentra dentro del rango de riesgo de sobrepeso (Ver *Figura 19. Número de niños por clasificación de peso*). Mientras que la percepción que tienen sus padres se distribuye de la siguiente manera: el 9% considera que su hijo se encuentra en desnutrición aguda, el 32% en riesgo de desnutrición, 46% los perciben en peso adecuado y solo el 13% los percibe en riesgo de sobrepeso (Ver *Figura 20. Percepción del padre informante*).



*Figura 19.* Número de niños por clasificación de peso



*Figura 20.* Percepción del padre informante

### 8.1.2.3. Estilos y Hábitos de Vida del Menor.

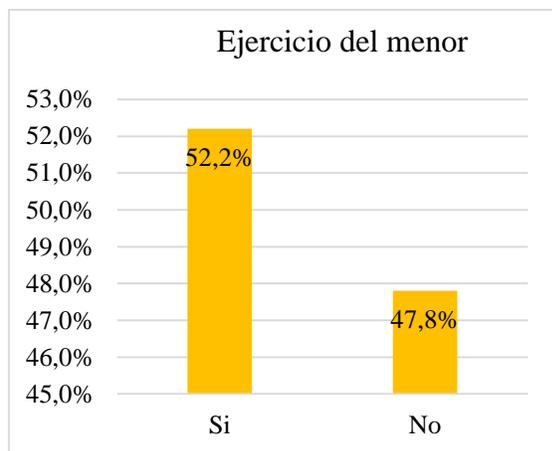
Se encontró que el 52,2% de los niños y las niñas hacen ejercicio (Ver *Figura 21.*

Ejercicio del menor), de los cuales el 15,2% practican otros ejercicios como patinar y montar bicicleta, el 13% está en natación y el 8,7% juega fútbol (Ver *Figura 22.* ¿Qué tipo de ejercicio?).

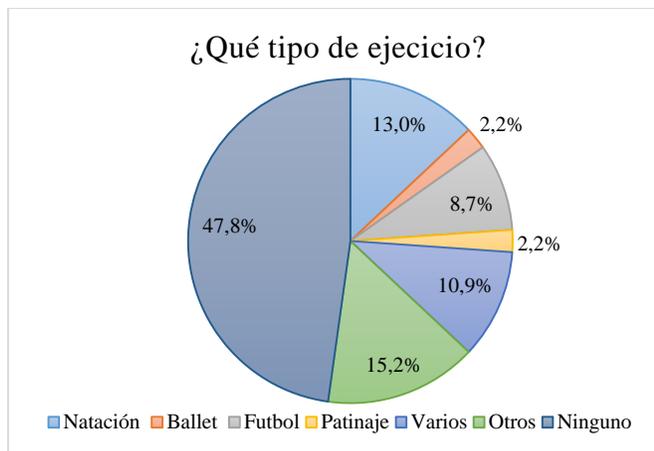
El 23,9% lo realizan una vez a la semana, el 15,2% diario y el 6,5% tres veces a la semana (Ver *Tabla 5.* ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio?). Además, se encontró que el 87% de los niños y las niñas no son sedentarios (Ver *Figura 23.* Sedentarismo del menor).

Se encontró que el horario de alimentación más frecuente en los niños y las niñas de los padres encuestados es: 8:00am- 12:00pm - 6:00pm (34,8%) y el 32,6% tiene diferente horario, pero se encuentran entre 3 a 4 veces en el día (Ver *Figura 24.* Horarios de alimentación del menor). El

84,8% utiliza como espacio para su alimentación el comedor, el 6,5% la sala, el 4,3% la alcoba y el 2,2 la cocina (Ver *Figura 25. Espacio para la alimentación*). El alimento preferido por los niños y las niñas es las pastas 17,4%, las frutas 15,2% y el huevo 10,9% (Ver *Figura 26. Alimento preferido por el niño*). Además, en el 67,4% de los casos quien cuida o regula la alimentación de los niños es su madre (Ver *Figura 27. ¿Quién cuida o regula la alimentación del niño?*).



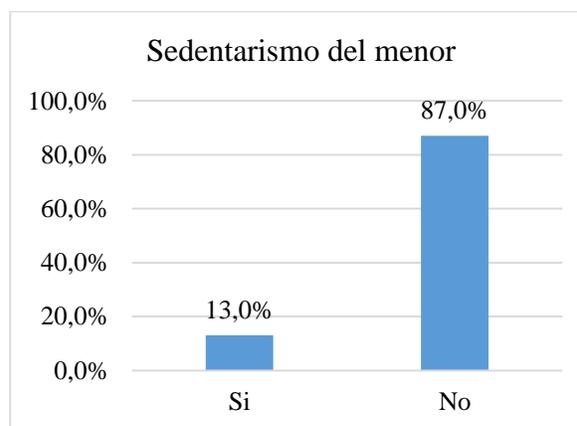
*Figura 21. Ejercicio del menor*



*Figura 22. ¿Qué tipo de ejercicio?*

*Tabla 5. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio?*

¿Con qué frecuencia realiza ejercicio?	Frecuencia	Porcentaje
Diario	7	15,2%
1 vez a la semana	11	23,9%
2 veces a la semana	1	2,2%
3 veces a la semana	3	6,5%
4 veces a la semana	1	2,2%
Fin de semana	1	2,2%
Ninguno	22	47,8%



*Figura 23. Sedentarismo del menor*

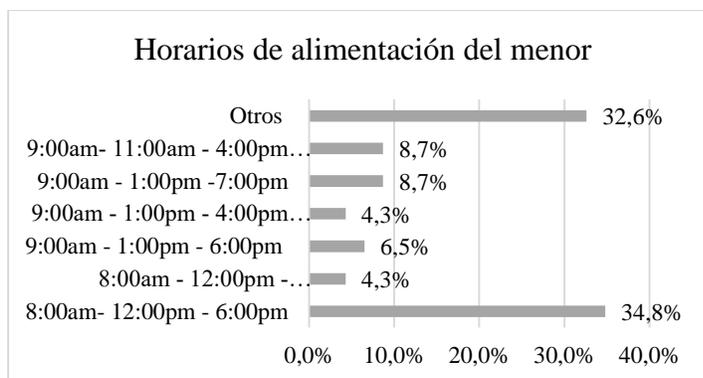


Figura 24. Horarios de alimentación del menor

El 95,7% de los niños y las niñas consume agua (Ver Figura 28. Consumo de agua), de los cuales el 80,4% la consume de manera diaria (Ver Figura 29. Frecuencia de consumo agua).



Figura 25. Espacio para la alimentación

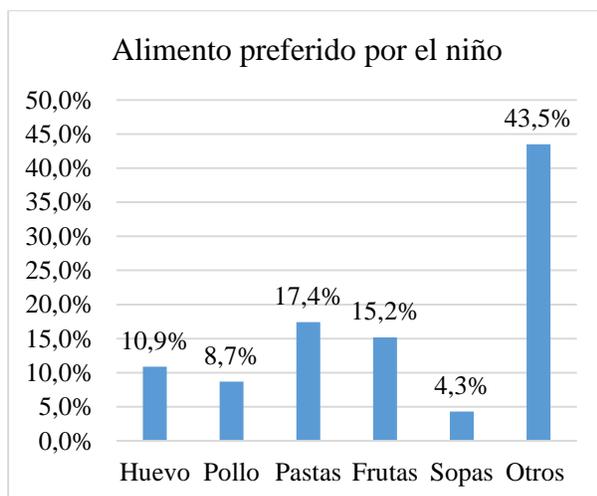


Figura 26. Alimento preferido por el niño

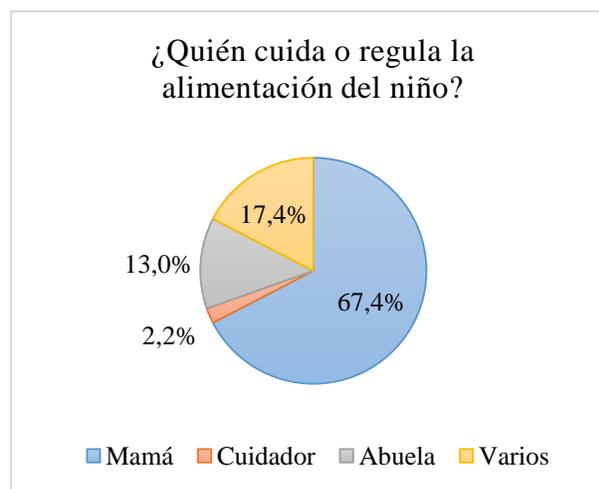


Figura 27. ¿Quién cuida o regula la alimentación del niño?

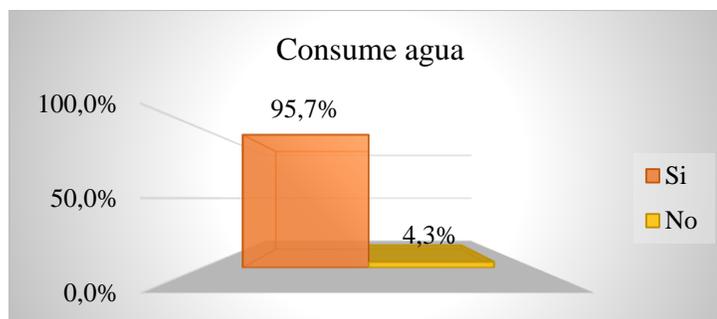


Figura 28. Consumo de agua del niño

El 41,3% de los niños y las niñas de los padres encuestados juega en su tiempo libre (Ver Figura 30. ¿Qué hace en su tiempo libre?).

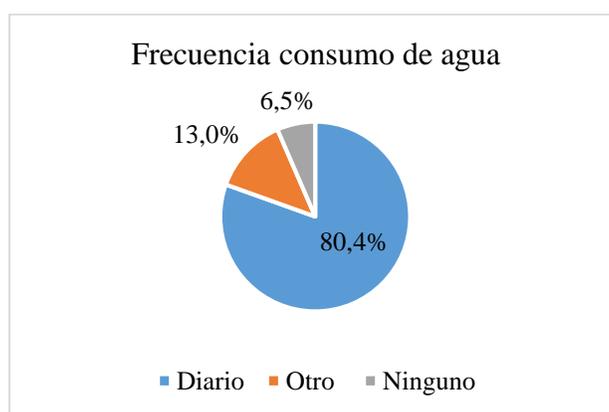


Figura 29. Frecuencia de consumo de agua

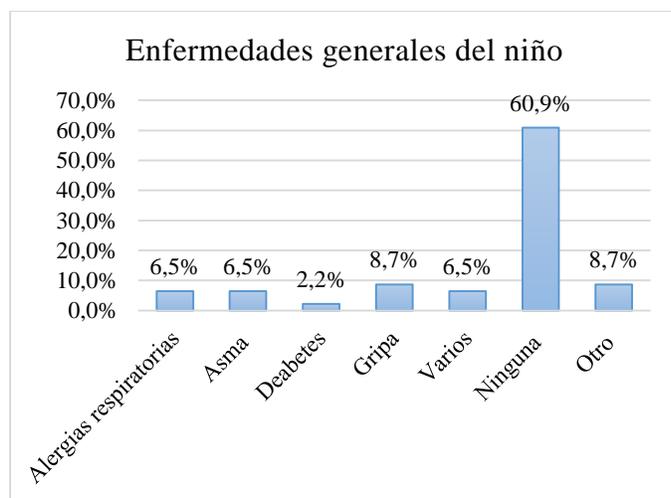


Figura 30. ¿Qué hace en su tiempo libre?

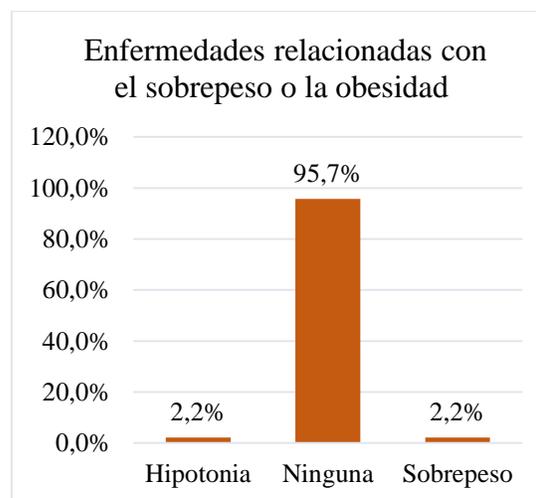
El 60,9% de los niños y las niñas no sufren ninguna enfermedad, el 6,5% sufren de asma y de problemas respiratorios (Ver Figura 31. Enfermedades generales del niño). Además, el 95,7%

no sufre de ninguna enfermedad relacionada con el peso y el 2,2% sufre de Hipotonía y sobrepeso (Ver *Figura 32*. Enfermedades relacionadas con el sobrepeso o la obesidad). En cuanto a problemas de motricidad el 8,7% sufre de pies planos y de movilidad alterada y dificultad para amarrarse los cordones el 2,2% (Ver *Figura 33*. Problemas de motricidad).

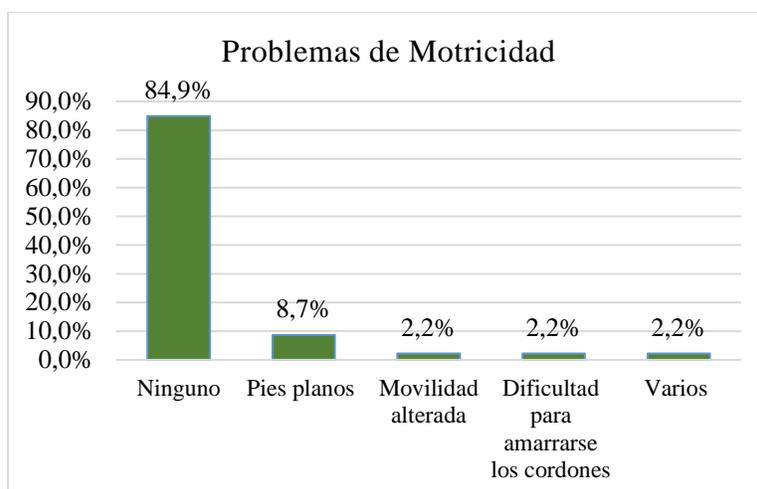
En relación con el consumo de alimentos el cereal que más consumen varias veces a la semana los niños y las niñas es el arroz (45,7%), las galletas (32,6%) y la arepa (19,6%) y el que menos consumen son las panquecas (56,5%), la empanada (43,5%) y el plátano (21,7%) (Ver *Tabla 6*. Cereal o verduras a la semana). El cereal que más consumen varias veces en el día es el arroz (2,2%), grano (2,2%) y galletas (2,2%) y el que menos consumen varias veces al día es el Panquecas (56,5%), la empanada (45,7%) y el plátano (21,7%) (Ver *Tabla 7*. Cereal o verdura al día).



*Figura 31*. Enfermedades generales del niño



*Figura 32*. Enfermedades relacionadas con el sobrepeso o la obesidad



*Figura 33.* Problemas de motricidad

Las frutas que consumen más veces a la semana son el banano (15,2%), la uva (15,2%), el mango (13%) y la manzana (13%) y las que menos consumen son el kiwi (84,8%), el melón (78,3%), la sandía (56,5%) y la pera (50%) (Ver *Tabla 8.* Fruta a la semana). Las frutas que consumen más veces en el día son la pera (2,2%), el banano (10,9%), el mango (8,7%) y la uva (8,7%) (Ver *Tabla 9.* Fruta al día).

*Tabla 6.* Cereal o verduras a la semana

Cereales o verduras	A la semana			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Arepa pequeña	19,6%	37,0%	26,1%	17,4%
Rebanada de pan	13,0%	37,0%	30,4%	19,6%
Empanada mediana	2,2%	6,5%	47,8%	43,5%
Panquecas	6,5%	6,5%	30,4%	56,5%
Media taza de verduras	54,3%	21,7%	19,6%	4,3%
Media taza de arroz	45,7%	32,6%	19,6%	2,2%
Media taza de pasta	8,7%	17,4%	58,7%	15,2%
Media taza de grano	17,4%	41,3%	39,1%	2,2%
Un cuarto de unidad de plátano	8,7%	32,6%	37,0%	21,7%
Tres unidades de galletas	32,6%	37,0%	26,1%	4,3%

Tabla 7. Cereal o verduras al día

Cereales o verduras	Al día			
	4 a 5 veces	2 a 3 veces	1 vez al día	Rara vez o Nunca
Arepa pequeña	0,0%	2,2%	78,3%	19,6%
Rebanada de pan	0,0%	4,3%	76,1%	19,6%
Empanada mediana	0,0%	2,2%	52,2%	45,7%
Panquecas	0,0%	4,3%	39,1%	56,5%
Media taza de verduras	0,0%	28,3%	67,4%	4,3%
Media taza de arroz	2,2%	8,7%	87,0%	2,2%
Media taza de pasta	0,0%	8,7%	76,1%	15,2%
Media taza de grano	2,2%	8,7%	87,0%	2,2%
Un cuarto de unidad de plátano	0,0%	4,3%	73,9%	21,7%
Tres unidades de galletas	2,2%	13,0%	80,4%	4,3%

Las frutas que consumen más veces a la semana son el banano (15,2%), la uva (15,2%), el mango (13%) y la manzana (13%) y las que menos consumen son el kiwi (84,8%), el melón (78,3%), la sandía (56,5%) y la pera (50%) (Ver *Tabla 8. Fruta a la semana*). Las frutas que consumen más veces en el día son la pera (2,2%), el banano (10,9%), el mango (8,7%) y la uva (8,7%) (Ver *Tabla 9. Fruta al día*).

Tabla 8. Frutas a la semana

Frutas	A la semana			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Una taza de melón	0,0%	0,0%	21,7%	78,3%
Una naranja mediana	8,7%	23,9%	43,5%	23,9%
Una guayaba mediana	6,5%	26,1%	37,0%	30,4%
Media taza de fresa	8,7%	23,9%	39,1%	28,3%
Media Unidad de Banano	15,2%	39,1%	30,4%	15,2%
Media unidad de mango	13,0%	50,0%	23,9%	13,0%
Una manzana mediana	13,0%	32,6%	41,3%	13,0%
Una taza de sandia	2,2%	4,2%	37,0%	56,5%
Una rueda de piña	6,5	10,9	28,3	54,3
Media taza de Uva	15,2%	17,4%	34,8%	32,6%
Media taza de kiwi	0,0%	4,3%	10,9%	84,8%
Una pera media	10,9%	8,7%	30,4%	50,0%

Tabla 9. Frutas al día

Frutas	Al día			
	4 a 5 veces	2 a 3 veces	1 vez al día	Rara vez o Nunca
Una taza de melón	0,0%	0,0%	21,7%	78,3%
Una naranja mediana	0,0%	2,2%	73,9%	23,9%
Una guayaba mediana	0,0%	4,3%	65,2%	30,4%
Media taza de fresa	0,0%	4,3%	67,4%	28,3%
Media Unidad de Banano	0,0%	10,9%	73,9%	15,2%
Media unidad de mango	0,0%	8,7%	78,3%	13,0%
Una manzana mediana	0,0%	4,3%	82,6%	13,0%
Una taza de sandia	0,0%	4,3%	39,1%	56,5%
Una rueda de piña	0,0%	2,2%	43,5%	54,3%
Media taza de Uva	0,0%	8,7%	56,5%	34,8%
Media taza de kiwi	0,0%	0,0%	15,2%	84,8%
Una pera media	2,2%	4,3%	43,5%	50,0%

El consumo de vegetales es bajo, solo el 34,8% de los niños y las niñas consumen de 4 a 6 veces a la semana zanahoria, 30,4% el tomate y 23,9% la cebolla (Ver *Tabla 10. Vegetales a la semana*). El 10,9% consume el tomate de 2 a 3 veces en el día y el 6,5% la zanahoria (Ver *Tabla 11. Vegetales al día*).

Tabla 10. Vegetales a la semana

Vegetales	A la semana			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Media taza Zanahoria	34,8%	30,4%	23,9%	10,9%
Media taza Cebolla	23,9%	17,4%	23,9%	34,8%
Media taza Tomate	30,4%	30,4%	15,2%	23,9%
Media taza Lechuga	15,2%	30,4%	23,9%	30,4%
Media taza Calabacín	0,0%	8,7%	21,7%	69,6%
Media taza Pepino	8,7%	13,0%	23,9%	54,3%
Media taza Repollo	0,0%	8,7%	19,6%	71,7%
Media taza Brócoli	6,5%	6,5%	28,3%	58,7%
Media taza Espinaca	2,2%	15,2%	28,3%	54,3%
Media taza Remolacha	0,0%	6,5%	32,6%	60,9%
Media taza Coliflor	4,3%	4,3%	28,3%	63,0%

Tabla 11. Vegetales al día

Vegetales	Al día			
	4 a 5 veces	2 a 3 veces	1 vez al día	Rara vez o Nunca
Media taza Zanahoria	0,0%	6,5%	82,6%	10,9%
Media taza Cebolla	0,0%	4,3%	60,9%	34,8%
Media taza Tomate	0,0%	10,9%	65,2%	23,9%
Media taza Lechuga	0,0%	4,3%	65,2%	30,4%
Media taza Calabacín	0,0%	2,2%	28,3%	69,6%
Media taza Pepino	0,0%	5,5%	39,1%	54,3%
Media taza Repollo	0,0%	0,0%	28,3%	71,7%
Media taza Brócoli	0,0%	0,0%	41,3%	58,7%
Media taza Espinaca	0,0%	2,2%	43,5%	54,3%
Media taza Remolacha	0,0%	0,0%	39,1%	60,9%
Media taza Coliflor	0,0%	0,0%	37,0%	63,0%

El 58,7% de los niños y las niñas consume leche de 4 a 6 veces a la semana y el 39,1% yogurt (Ver *Tabla 12. Leche y derivados a la semana*). Solo el 4,3% consume de 4 a 6 veces en el día leche (Ver *Tabla 13. Leche y derivados al día*).

Tabla 12. Leche y derivados a la semana

Leche y derivados	A la semana			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Un vaso o cuatro cucharadas Leche	58,7%	30,4%	8,7%	2,2%
Yogurt	39,1%	39,1%	15,2%	6,5%

Tabla 13. Leche y derivados al día

Leche y derivados	Al día			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Un vaso o cuatro cucharadas Leche	4,3%	34,8%	58,7%	2,2%
Yogurt	0,0%	15,2%	78,3%	6,5%

En cuanto al consumo de carnes, queso y huevo, el 28,3% consume queso cuajada de 4 a 6 veces a la semana y el 26,1% quesito; la carne que consumen más veces a la semana es la de res (10,9%). El consumo de carnes frías es bajo. Solo el 5,2% consume huevo de 4 a 6 veces a la semana y el 28,3% queso cuajada. El 80,4% de los niños y las niñas consume el pescado rara vez o nunca (Ver *Tabla 14. Carnes, quesos y huevo a la semana*). El 2,2% de los niños y las niñas consume huevo de 4 a 6 veces en el día y el 15,2% consume pollo de 2 a 3 veces en el día (Ver *Tabla 15. Carnes, quesos y huevo al día*).

En cuanto al consumo de otros alimentos, el 17,4% de los niños y las niñas consumen azúcar de 4 a 6 veces a la semana, el 15,2% golosinas y el 10,9% gelatina; los que menos consumen son bebidas en sobre (82,6%) y malta (60,9%) (Ver *Tabla 16. Otros alimentos al día*). Gelatina, golosinas y gaseosas las consumen una vez a la semana. Así mismo, solo el 2,2% de los niños y las niñas consume azúcar, gelatina y jugos envasados de 4 a 6 veces en el día (Ver *Tabla 17*).

*Tabla 14. Carnes, Quesos y Huevo a la semana*

Carnes, Quesos y Huevo	A la semana			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Un cuarto Chuleta de Cerdo	4,3%	30,4%	34,8%	30,4%
Media Pechuga de Pollo	4,3%	52,2%	34,8%	8,7%
Un Muslo de Pollo	6,5%	32,6%	41,3%	19,6%
Dos cucharadas Pollo Mechado	2,2%	34,8%	32,6%	30,4%
Un cuarto Filete de Pollo	2,2%	19,6%	39,1%	39,1%
Dos cucharadas Carne de Res Molida o Mechada	10,9%	34,8%	32,6%	21,7%
Un cuarto Bistec de Res	4,3%	17,4%	26,1%	52,2%
Una lonja de Jamón	2,2%	15,2%	28,3%	54,3%
Una lonja de Mortadela	0,0%	6,5%	15,2%	78,3%
Un cuarto de Salchichón	0,0%	6,5%	13,0%	80,4%
Una mediana Salchichas	2,2%	13,0%	30,4%	54,3%
Un cuarto Filete de Pescado	2,2%	6,5%	45,7%	45,7%
Un cuarto Pescado Frito	4,3%	2,2%	15,2%	78,3%
Un cuarto Pescado al Horno	4,3%	2,2%	10,9%	80,4%
Una rebanada Queso Cuajada	28,3%	19,6%	19,6%	32,6%
Una rebanada Quesito	26,1%	17,4%	26,1%	30,4%

Una rebanada Queso Costeño	0,0%	6,5%	2,2%	91,3%
Un Huevo	5,2%	28,3%	17,4%	2,2%
Una cucharadita Margarina o Mantequilla	21,7%	19,6%	32,6%	26,1%
Una tajada Aguacate	10,9%	19,6%	34,8%	34,8%
Una cucharadita Mayonesa	2,2%	4,3%	10,9%	82,6%
Una cucharadita Aceite	19,6%	13,0%	23,9%	43,5%

En cuanto al consumo de otros alimentos, el 17,4% de los niños y las niñas consumen azúcar de 4 a 6 veces a la semana, el 15,2% golosinas y el 10,9% gelatina; los que menos consumen son bebidas en sobre (82,6%) y malta (60,9%) (Ver *Tabla 16. Otros alimentos a la semana*). Gelatina, golosinas y gaseosas las consumen una vez a la semana. Así mismo, solo el 2,2% de los niños y las niñas consume azúcar, gelatina y jugos envasados de 4 a 6 veces en el día (Ver *Tabla 17. Otros alimentos al día*).

*Tabla 15. Carnes, Quesos y Huevo al día*

Carnes, Quesos y Huevo	Al día			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Un cuarto Chuleta de Cerdo	0,0%	10,9%	58,7%	30,4%
Media Pechuga de Pollo	0,0%	10,9%	80,4%	8,7%
Un Muslo de Pollo	0,0%	15,2%	65,2%	19,6%
Dos cucharadas Pollo Mechado	0,0%	10,9%	58,7%	30,4%
Un cuarto Filete de Pollo	0,0%	4,3%	56,5%	39,1%
Dos cucharadas Carne de Res Molido o Mechado	0,0%	13,0%	65,2%	21,7%
Un cuarto Bistec de Res	0,0%	6,5%	41,3%	52,2%
Una lonja de Jamón	0,0%	2,2%	45,7%	52,2%
Una lonja de Mortadela	0,0%	0,0%	21,7%	78,3%
Un cuarto de Salchichón	0,0%	0,0%	19,6%	80,4%
Una mediana Salchichas	0,0%	0,0%	45,7%	54,3%
Un cuarto Filete de Pescado	0,0%	0,0%	54,3%	45,7%
Un cuarto Pescado Frito	0,0%	0,0%	21,7%	78,3%
Un cuarto Pescado al Horno	0,0%	17,4%	80,4%	2,2%
Una rebanada Queso Cuajada	0,0%	8,7%	58,7%	32,6%
Una rebanada Quesito	0,0%	4,3%	65,2%	30,4%

Una rebanada Queso Costeño	0,0%	0,0%	8,7%	91,3%
Un Huevo	2,2%	6,5%	89,1%	2,2%
Una cucharadita Margarina o Mantequilla	2,2%	8,7%	63,0%	26,1%
Una tajada Aguacate	0,0%	4,3%	60,9%	34,8%
Una cucharadita Mayonesa	0,0%	0,0%	17,4%	82,6%
Una cucharadita Aceite	0,0%	2,2%	52,2%	45,7%

Se encontró que el 34,8% de los niños y las niñas ayudan a organizar su habitación de 1 a 2 veces a la semana (Ver *Figura 34*. Durante la semana su hijo suele ayudar a organizar la habitación), el 47,8% nunca ayudan a poner la mesa (Ver *Figura 35*. Durante la semana su hijo suele ayudar a poner la mesa) y el 71,7% nunca ayudan a lavar los platos (Ver *Figura 36*. Durante la semana su hijo suele ayudar a lavar los platos). El 50% de los niños y las niñas tardan menos de 1 hora organizando la habitación (Ver *Figura 37*. ¿Cuántas horas al día su hijo organiza la habitación), el 32,6% tarda menos de 1 hora poniendo la mesa (Ver *Figura 38*. ¿Cuántas horas al día su hijo pone la mesa?) y el 21,7% tarda menos de 1 hora en lavar los platos (Ver *Figura 39*. ¿Cuántas horas al día su hijo lava los platos?).

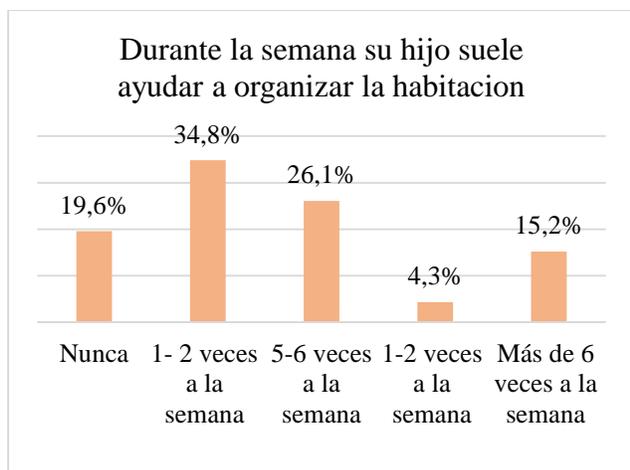
*Tabla 16*. Otros alimentos a la semana

Otros alimentos	A la semana			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Una lata o una botella Gaseosas	0,0%	4,3%	37,0%	58,7%
Una lata o una botella Maltas	2,2%	13,0%	23,9%	60,9%
Golosinas	15,2%	32,6%	32,6%	19,6%
Una cucharada Azúcar	17,4%	19,6%	21,7%	41,3%
Una taza Gelatina	10,9%	21,7%	39,1%	28,3%
Un vaso Bebidas en Sobre	4,3%	4,3%	8,7%	82,6%
Un cuarto de vaso Jugos Envasados	8,7%	13,0%	30,4%	47,8%

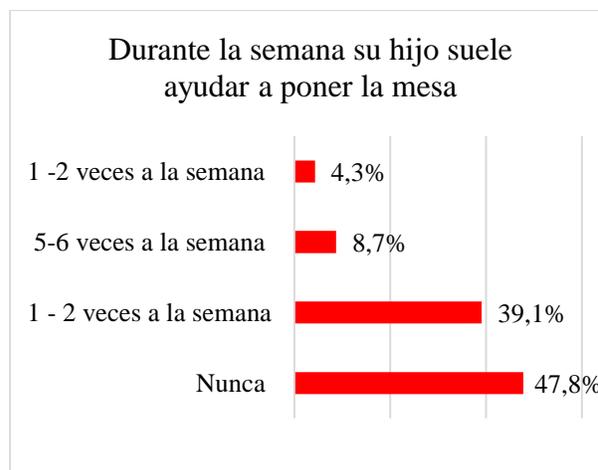
*Tabla 17. Otros alimentos al día*

Otros alimentos	Al día			
	4 a 6 veces	2 a 3 veces	1 vez a la semana	Rara vez o Nunca
Una lata o una botella Gaseosas	0,0%	2,2%	39,1%	58,7%
Una lata o una botella Maltas	0,0%	2,2%	37,0%	60,9%
Golosinas	0,0%	8,7%	71,7%	19,6%
Una cucharada Azúcar	2,2%	6,5%	50,0%	41,3%
Una taza Gelatina	2,2%	4,3%	63,0%	30,4%
Un vaso Bebidas en Sobre	0,0%	0,0%	17,4%	82,6%
Un cuarto de vaso Jugos Envasados	2,2%	2,2%	47,8%	47,8%

Se encontró que el 34,8% de los niños y las niñas ayudan a organizar su habitación de 1 a 2 veces a la semana (Ver *Figura 34*. Durante la semana su hijo suele ayudar a organizar la habitación), el 47,8% nunca ayudan a poner la mesa (Ver *Figura 35*. Durante la semana su hijo suele ayudar a poner la mesa) y el 71,7% nunca ayudan a lavar los platos (Ver *Figura 36*. Durante la semana su hijo suele ayudar a lavar los platos). El 50% de los niños y las niñas tardan menos de 1 hora organizando la habitación (Ver *Figura 37*. ¿Cuántas horas al día su hijo organiza la habitación?), el 32,6% tarda menos de 1 hora poniendo la mesa (Ver *Figura 38*. ¿Cuántas horas al día su hijo pone la mesa?) Y el 21,7% tarda menos de 1 hora en lavar los platos (Ver *Figura 39*. ¿Cuántas horas al día su hijo lava los platos?).



*Figura 34.* Durante la semana su hijo suele ayudar a organizar la habitación



*Figura 35.* Durante la semana su hijo suele ayudar a poner la mesa

El 58,7% de los niños y las niñas juegan en el parque de 1 a 2 veces a la semana (Ver *Figura 40*. Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: ¿Juega en el parque?), el 63% juega más de 6 veces a la semana (Ver *Figura 41*. Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: ¿Juega?) y el 47,8% corre más de 6 veces a la semana (Ver *Figura 42*. Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo: ¿Corre?). El 31,4% camina sin peso más de 6 veces a la semana (Ver *Figura 43*. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo?: Camina sin peso (morrall, bolsas, etc.), el 41,3% nunca camina con peso (Ver *Figura 44*. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo?: Camina con peso (morrall, bolsas, etc.) y el 34,8% no monta en bicicleta (Ver *Figura 45*. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo?: Monta bicicleta).

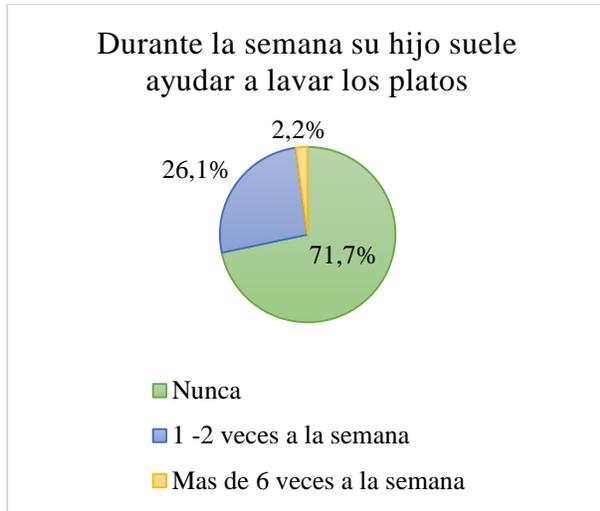


Figura 36. Durante la semana su hijo suele ayudar a lavar los platos

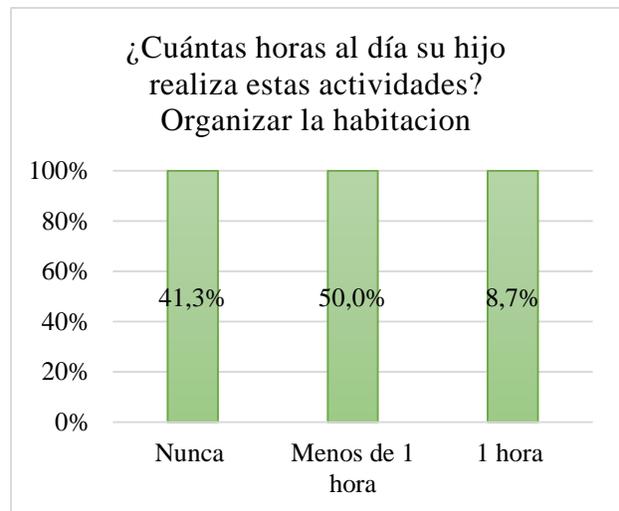


Figura 37. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Organizar la habitación

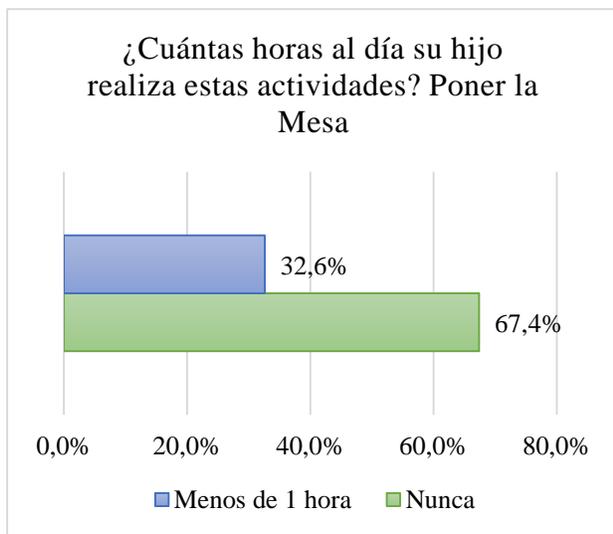


Figura 38. ¿Cuántas horas al día su hijo pone la mesa?

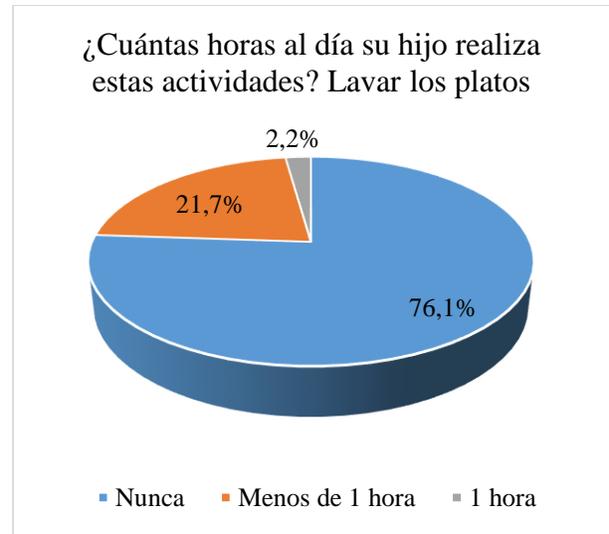


Figura 39. ¿Cuántas horas al día su hijo lava los platos?

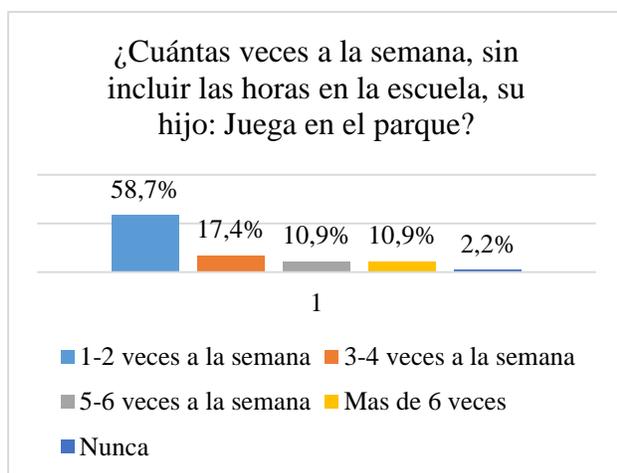


Figura 40. Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: ¿Juega en el parque?

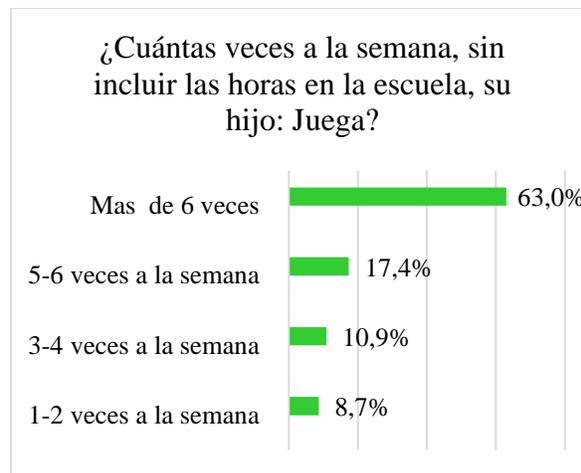


Figura 41. Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: ¿Juega?

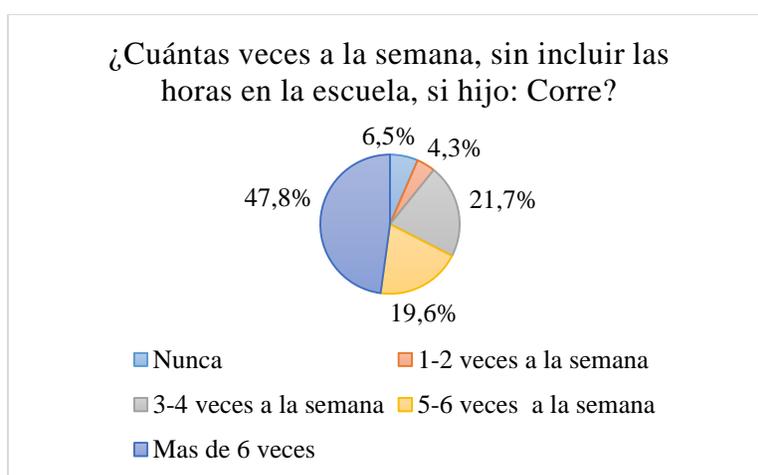


Figura 42. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: Corre?

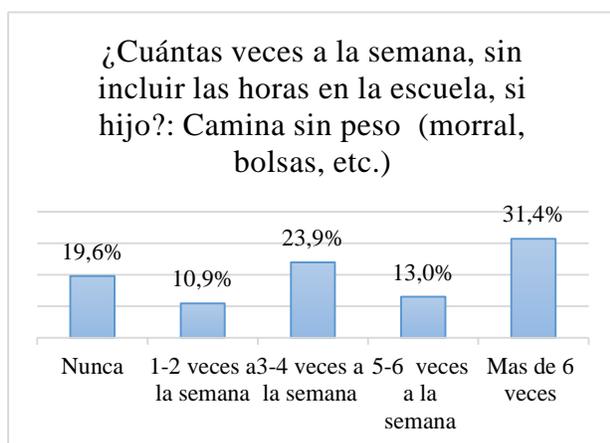


Figura 43. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo?: Camina sin peso (morrall, bolsas, etc.)

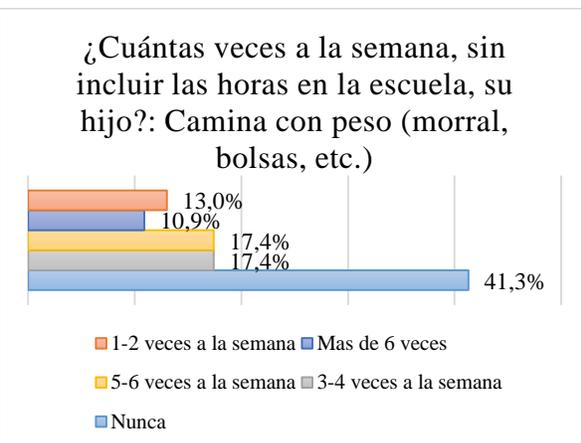


Figura 44. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo?: Camina con peso (morrall, bolsas, etc.)

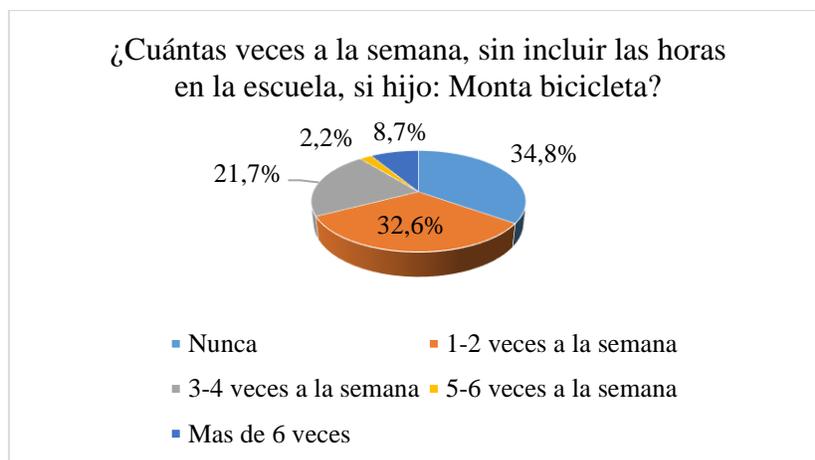


Figura 45. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo?: Monta bicicleta?

El 32,6% de los niños y las niñas baila de 3 a 4 veces a la semana (Ver Figura 46. Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: ¿Baila?) y el 28,3% estudia de 5 a 6 veces a la semana (Ver Figura 47. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo: estudia?).

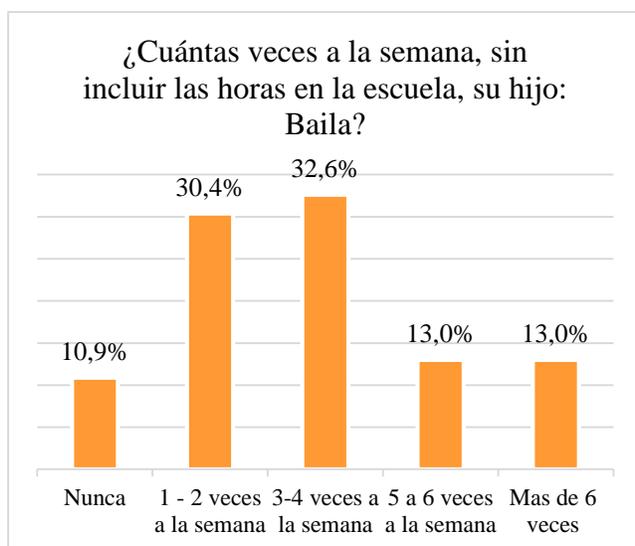


Figura 46. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, su hijo: baila?

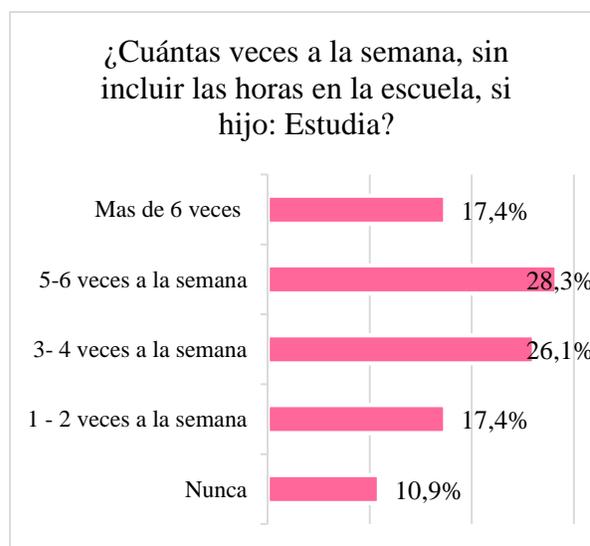


Figura 47. ¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo: Estudia?

En cuanto a la actividad física de los niños y las niñas, se encontró que el 39,1% juega en el parque durante aproximadamente 2 horas y el 19,6% juega durante una hora y 30 minutos aproximadamente (Ver Tabla 18. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega en

el parque). En relación al juego diario realizado en casa el 30,4% lo hace durante 3 horas, el 28,3% 2 horas y el 17,4% 1 hora (Ver *Tabla 19. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega*). El 19,6% camina sin peso durante 1 y 3 horas diarias (Ver *Tabla 20. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina sin peso*) y solo el 13% camina con peso 1 hora y 30 minutos respectivamente (Ver *Tabla 21. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina con peso*). El 54,3% de los niños y las niñas no monta bicicleta (Ver *Tabla 22. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Monta bicicleta*), el 32,6% baila durante 1 horas diaria (Ver *Tabla 23. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Baila*) y el 26,1% estudia en casa en el día durante una hora (Ver *Tabla 24. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Estudia*).

*Tabla 18. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega en el parque*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega en el parque	Frecuencia	Porcentaje
0	1	2,2%
20 minutos	1	2,2%
30 minutos	9	19,6%
40 minutos	2	4,3%
1	9	19,6%
2	18	39,1%
3	3	6,5%
4	2	4,3%
5	1	2,2%

*Tabla 19. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Juega	Frecuencia	Porcentaje
0	5	10,9%
20 minutos	3	6,5%
30 minutos	3	6,5%
1	8	17,4%
2	13	28,3%
3	14	30,4%

*Tabla 20. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina sin peso*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina sin peso	Frecuencia	Porcentaje
0	14	30,4%
10 minutos	1	2,2%
15 minutos	1	2,2%
20 minutos	3	6,5%
30 minutos	8	17,4%
1	9	19,6%
2	1	2,2%
3	9	19,6%

*Tabla 21. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina con peso*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Camina con peso	Frecuencia	Porcentaje
0	21	45,7%
5 minutos	1	2,2%
10 minutos	2	4,3%
15 minutos	4	8,7%
20 minutos	4	8,7%
30 minutos	6	13,0%
1	6	13,0%
2	2	4,3%

*Tabla 22. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Monta bicicleta*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Monta bicicleta	Frecuencia	Porcentaje
0	25	54,3%
10 minutos	1	2,2%
20 minutos	2	4,3%
30 minutos	5	10,9%
40 minutos	2	4,3%
1	9	19,6%
2	2	4,3%

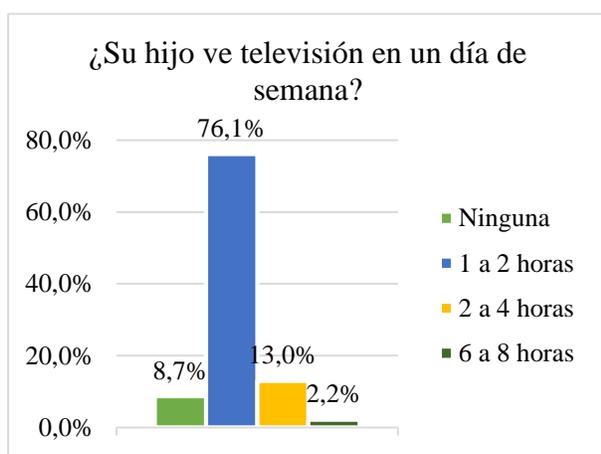
*Tabla 23. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Baila*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Baila	Frecuencia	Porcentaje
0	11	23,9%
10 minutos	3	6,5%
15 minutos	4	8,7%
20 minutos	3	6,5%
30 minutos	5	10,9%
1	15	32,6%
2	5	10,9%

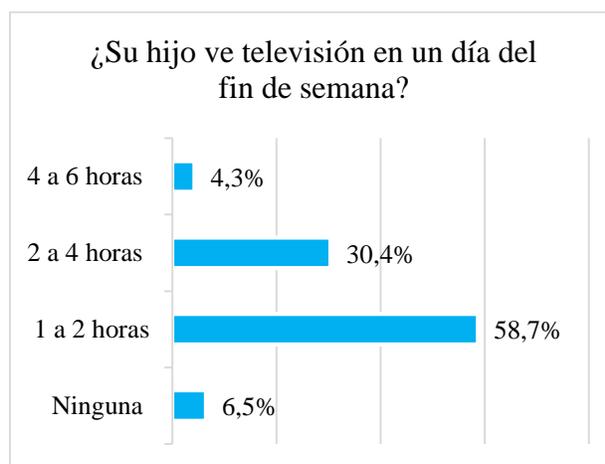
*Tabla 24. ¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Estudia*

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? Estudia	Frecuencia	Porcentaje
0	14	30,4%
10 minutos	2	4,3%
15 minutos	2	4,3%
20 minutos	4	8,7%
30 minutos	4	8,7%
1	12	26,1%
2	3	6,5%
3	5	10,9%

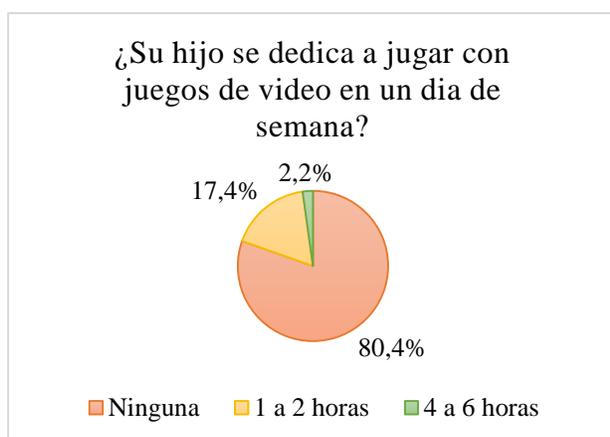
El 76,1% de los niños y las niñas ve televisión en un día de semana de 1 a 2 horas (Ver *Figura 48. ¿Su hijo ve televisión en un día de semana?*), el 58,7% ve televisión en un día del fin de semana de 1 a 2 horas y el 30,4% de 2 a 4 horas (Ver *Figura 49. ¿Su hijo ve televisión en un día del fin de semana?*). El 80,4% no juega con video juegos en un día de semana (Ver *Figura 50. ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día de semana?*), ni en un día del fin de semana (Ver *Figura 51. ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día del fin de semana?*).



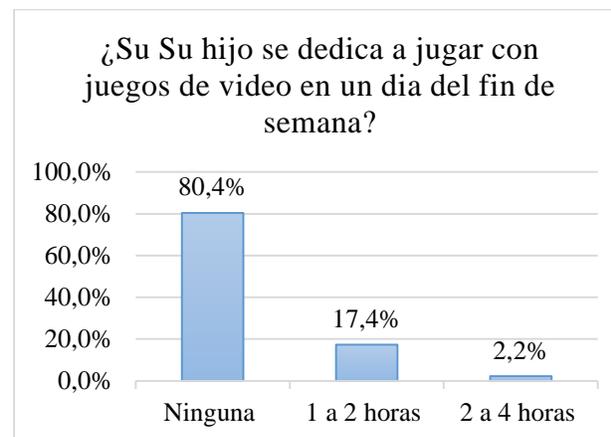
*Figura 48. ¿Su hijo ve televisión en un día de semana?*



*Figura 49. ¿Su hijo ve televisión en un día del fin de semana?*

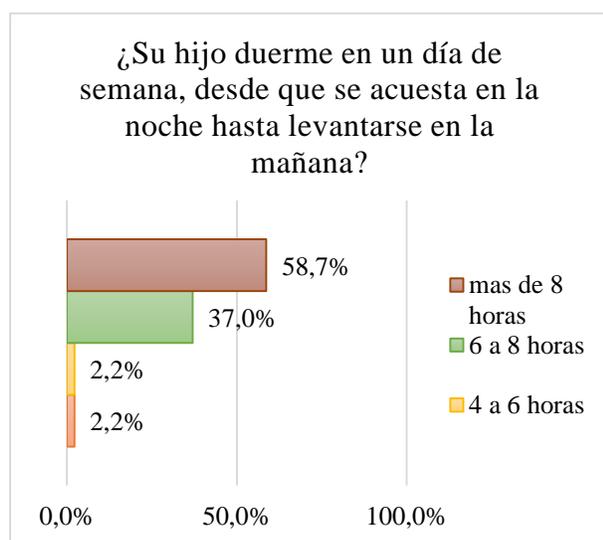


*Figura 50. ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día de semana?*

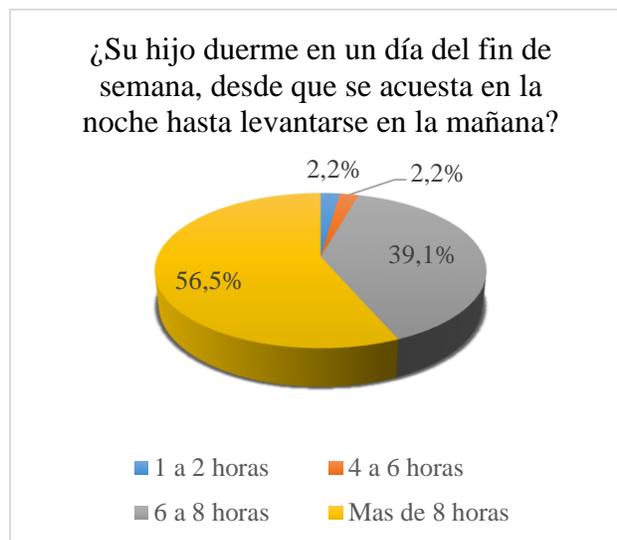


*Figura 51. ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día del fin de semana?*

El 58,7% de los niños y las niñas duerme en un día de semana más de 8 horas (Ver *Figura 52*. ¿Su hijo duerme en un día de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?), el 56,5% duerme en un día del fin de semana más de 8 horas (Ver *Figura 53*. ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?). El 50% no duerme en un día de semana, además de las horas de sueño de la noche (Ver *Figura 54*. ¿Su hijo duerme en un día de semana, además de las horas de sueño de la noche?), ni en un día del fin de semana, además de las horas de sueño de la noche (Ver *Figura 55*. ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, además de las horas de sueño de la noche?).



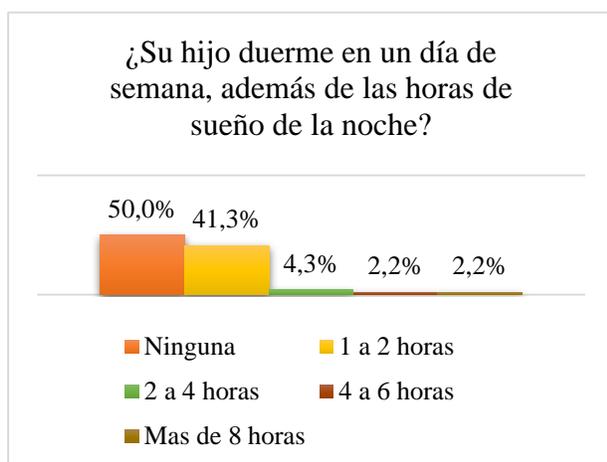
*Figura 52.* ¿Su hijo duerme en un día de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?



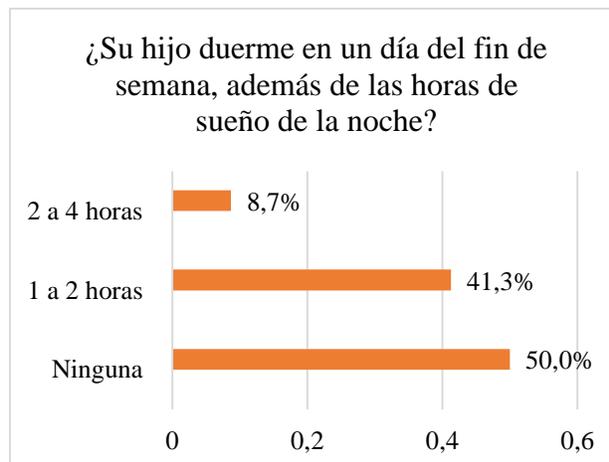
*Figura 53.* ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?

El 34,8% de los niños y las niñas pasa más de 10 horas acostado en un día (Ver *Tabla 25*. Acostado durmiendo de noche (hora/día), el 37% realiza siesta en el día de 1 hora aproximadamente (Ver *Tabla 26*. Siesta en el día (hora/día)), el 45,7% dura sentado durante el día en clase 4 horas y el 30,4% 1 hora (Ver *Tabla 27*. Sentada hora/día en clase). El 76,1% está sentado durante una hora al día realizando actividades como dibujar, colorear (Ver *Tabla 28*. Sentada hora/día leer, dibujar) y en comidas el 47,8% 1 hora (Ver *Tabla 29*. En comidas hora/día). En transporte el 56,5% pasa 1

hora al día sentado en algún medio de transporte (Ver *Tabla 30*. En auto o transporte hora/día) y el 73,9% de los niños y las niñas está sentado durante 1 hora al día viendo televisión (Ver *Tabla 31*. TV - PC - Video Juegos hora/día).



*Figura 54.* ¿Su hijo duerme en un día de semana, además de las horas de sueño de la noche?



*Figura 55.* ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, además de las horas de sueño de la noche?

*Tabla 25.* Acostado durmiendo de noche (hora/día)

Acostado durmiendo de noche (hora/día)	Porcentaje
2	2,2%
4	2,2%
8	28,3%
9	30,4%
10	34,8%
12	2,2%

*Tabla 26.* Siesta en el día (hora/día)

Siesta en el día (hora/día)	Porcentaje
0	37,0%
1	37,0%
2	21,7%
3	4,3%

*Tabla 27.* Sentada hora/día en clase

Sentada hora/día en clase	Porcentaje
0	2,2%
1	30,4%
2	15,2%
3	2,2%
4	45,7%
5	2,2%
8	2,2%

El 65,2% de los niños y las niñas no camina hacia o desde cualquier lugar (Ver *Tabla 34*. Caminando hacia o desde el colegio o cualquier lugar rutinario (cuadras/día)) y realiza actividades al aire libre durante 2 horas al día (Ver *Tabla 33*. Juegos al aire libre: bicicleta, pelotas, correr, etc. (minutos/día)). El 52,2% realiza deporte o ejercicio programado durante 1 hora al día (Ver *Tabla 32*. Ejercicio o deporte programado (hora/semana)).

Tabla 28. Sentada hora/día leer, dibujar

sentada hora/ día leer, dibujar	Porcentaje
0	6,5%
1	76,1%
2	15,2%
3	2,2%

Tabla 29. En comidas hora/día

En comidas hora/día	Porcentaje
15 minutos	2,2%
20 minutos	10,9%
30 minutos	23,9%
40 minutos	2,2%
45 minutos	2,2%
1	47,8%
1,5	2,2%
2	6,5%
3	2,2%

Tabla 30. En auto o transporte hora/día

En auto o transporte hora/día	Porcentaje
0	21,7%
10 minutos	4,3%
15 minutos	4,3%
30 minutos	8,7%
40 minutos	2,2%
1	56,5%
2	2,2%

Tabla 31. TV - PC - Video Juegos hora/día

TV - PC - Video Juegos hora/día	Porcentaje
0	2,2%
1	73,9%
2	17,4%
4	4,3%
5	2,2%

Tabla 32. Ejercicio o deporte programado (hora/semana)

Ejercicio o deporte programado (hora/semana)	Porcentaje
0	15,2%
1	52,2%
2	21,7%
3	4,3%
4	4,3%
8	2,2%

Tabla 33. Juegos al aire libre: bicicleta, pelotas, correr, etc. (minutos/día)

Juegos al aire libre: bicicleta, pelotas, correr, etc. (minutos/día)	Porcentaje
0	4,3%
30	8,7%
40	4,3%
60	65,2%
120	6,5%
180	8,7%
300	2,2%

*Tabla 34. Caminando hacia o desde el colegio o cualquier lugar rutinario (cuadras/día)*

Caminando hacia o desde el colegio o cualquier lugar rutinario (cuadras/día)	Porcentaje
0	65,2%
3	4,3%
4	6,5%
5	6,5%
6	10,9%
7	2,2%
8	2,2%
9	2,2%

## 8.2. Discusión

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia es una enfermedad con consecuencias potencialmente devastadoras, ha aumentado en forma epidémica en la última década. Los niños con sobrepeso tienen más riesgo de ser adultos obesos. Por todas estas razones, la intervención a fin de prevenir la obesidad debería comenzar en forma temprana.

En cuanto a la percepción de los padres informantes sobre la imagen corporal de sus hijos, el 13% señalaron la figura que correspondía al estado real de su hijo. Estos resultados obtenidos se asemejan a los estudios realizados en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca, Colombia; en donde se encontró que la percepción fue adecuada solo en el 33% de las madres encuestadas.

En este trabajo, al igual que en un estudio realizado en el Hospital “Durand” de la ciudad de Buenos Aires, Argentina; se evidenció una diferencia significativa en la prevalencia de distorsión de la imagen corporal entre las madres de niños con normopeso y aquellas madres cuyos hijos presentaban riesgo de sobrepeso y obesidad; siendo la alteración significativamente mayor en este último grupo.

Los resultados obtenidos coinciden con lo descrito en otras investigaciones, al reportarse que más del 50% de los padres que tienen hijos con sobrepeso u obesidad tienen una imagen percibida de su estado nutricional menor que lo medido. Además, estos resultados son de gran

importancia en Rionegro, ya que se han encontrado muy pocos estudios sobre el tema en nuestra Región.

Este trabajo sugiere que la alteración de la percepción materna respecto al estado nutricional de los niños podrá representar un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en el futuro. Por lo cual, deben desarrollarse programas de prevención de sobrepeso desde edades tempranas, ya que, una vez establecidos los hábitos poco saludables y el aumento de peso, es muy difícil revertirlos.

Así mismo, otros autores señalan que existe en las madres una incapacidad para percibir de forma adecuada el exceso de peso en su hijo, posiblemente por la creencia de que el sobrepeso y la obesidad son sinónimos de un niño sano; además este factor no representa preocupación para la madre, mientras esta situación no interfiera con las actividades diarias que su hijo realiza.

Los hábitos alimentarios, sedentarios y la actividad física son los factores culturales y ambientales que tienen mayor relevancia en la contribución con el riesgo de sobrepeso y obesidad. En este estudio se encontró que 22 de los menores no hacen ejercicio, 27 juega solo 1 o 2 veces por semana en el parque y 21 menores permanecen sentados de 7 a o 8 horas al día y jugando 2 horas al día.

Para combatir la obesidad infantil, la OMS respalda una alimentación saludable que debe basarse en el consumo diario de frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, leche, pescado y aceite vegetal, con poco consumo de carnes rojas y procesadas. Para los menores que hacen parte de este estudio el consumo de frutas y verduras se da pocas veces a la semana y el consumo de pescado se da rara vez o nunca.

El incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil es una situación en la que intervienen múltiples factores, entre ellos los socioculturales, donde están presentes la sobreprotección y el hecho de que los padres presionen al hijo para alimentarse, así como las creencias tradicionales falsas respecto a la salud y nutrición, arraigadas en madres de niños con

esta problemática. (Gupta et al., 2012). Se ha señalado que padres de niños con obesidad creen que esta desaparecerá cuando sus hijos sean mayores. Sin embargo, como se ha evidenciado en varios estudios, se sabe que la mayoría de estos niños seguirán presentando sobrepeso u obesidad en la vida adulta.

La subestimación o falta de reconocimiento de los padres del sobrepeso del niño pudiese estar asociado con problemas sociales, emocionales y de salud del niño debido a la falta de soporte por parte de los padres para obtener un peso saludable.

Se debe investigar la causa de este fenómeno para lograr intervenciones eficaces. La identificación real del sobrepeso en los niños por parte de sus padres constituye el primer paso en el tratamiento de la obesidad.

Las intervenciones para la prevención de la obesidad infantil deben tener como objetivo mejorar la preocupación de los padres mediante una percepción más adecuada del tamaño corporal del niño y el aumento del conocimiento de los efectos a largo plazo del sobrepeso en la salud de los niños.

### 8.3. Limitaciones

El presente estudio se planteó con las condiciones rigurosas de la investigación científica, para poder sacar conclusiones que pudieran generalizarse o de mayo confiabilidad, no obstante, se presentaron algunas limitaciones durante el proceso de campo, entre ellos, los padres de los niños y niñas diagnosticados con sobrepeso y obesidad no accedieron a participar de la investigación. Por otro lado, los hogares infantiles privados, donde los niños y las niñas consumen los alimentos empacados desde casa, no permitieron realizar el estudio en su institución. Y algunos padres informantes al momento de contestar los instrumentos no se encontraban con una actitud de apertura y colaboración.

Y la elección de los instrumentos de medición y de observación no fue la más acertada, pues fueron de auto-reporte por parte del padre o cuidador informante, y no se contempló el reporte de los hogares infantiles donde los niños son alimentados en un porcentaje significativo del tiempo.

## 9. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos muestran que el 63% de los padres informantes están casados, el 32,6% son profesionales y el 39,1% son empleados de tiempo completo.
- Los padres evaluados no presentan ningún tipo de enfermedad relacionada con el peso, ni de otro tipo. Tiene un estilo de vida en general sedentario, posiblemente por su vida laboral.
- La percepción que tienen los padres del peso de sus hijos en su mayoría no coincide con el peso real del niño (el 87% de los padres presenta una percepción errónea), probablemente por la cultura a la que pertenecen, el tipo de educación que recibieron en sus familias y/o comunidad.
- Para los estilos de vida los resultados arrojaron que es poco frecuente el consumo de verduras y pescado en los niños y las niñas, alimentos que aportan un importante número de nutrientes.
- Se resalta la importancia del diagnóstico precoz de sobrepeso en niños y la necesidad de su reconocimiento por parte de sus cuidadores.
- Los anteriores resultados invitan a plantear intervenciones que incrementen las prácticas saludables en niños, niñas y adolescentes.
- Es necesario realizar investigaciones en Colombia para conocer los factores asociados con una percepción inadecuada por los padres acerca del peso de sus hijos. Un mejor conocimiento por parte de los padres del sobrepeso de su hijo pidiese ser una medida de intervención preventiva en los niños con obesidad.

- En la revisión de la literatura sobre el tema se encontró que la Obesidad no es sólo un problema médico, sino que diversos factores participan en su incremento: características biológicas, aspectos sociales y del comportamiento e influencias ambientales.

#### REFERENCIAS BIBLIOFIGURAS

- Albertí Valadés, P. (2019). *¿Influye la cultura en el desarrollo de obesidad en niños?* Trabajo de Grado. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, España. Recuperado de :  
[https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150556/Alberti\\_Valades\\_Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150556/Alberti_Valades_Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Angarita, A., Martínez, A., Rangel, C., Betancourt, M. y 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. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000400005>
- Asociación Americana de Psiquiatría – APA- (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición (DSM – 5). Versión original en español. España: Editorial Médica Panamericana
- Atenas, T., Ciampi Diaz, E., Venegas Bustos, J., Uribe San Martín, R. y Cárcamo Rodríguez, C. (2019). Cognición Social: Conceptos y Bases Neurales. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 57(4), 365-376. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000400365>
- Ávalos Latorre, M. L., Reynoso Erazo, L., Colunga Rodríguez, C., Oropeza Tena, R. y Ángel González, M. (2014). Relación del Índice de Masa Corporal, Actividades Físicas y Sedentarias en Escolares. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 978-996. Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Jalisco.

- Caamaño, M.C., Palacios J., Parás, P. y Rosado, J. (2018). Desarrollo y validación de escalas para medir el valor que las mujeres dan a la saciedad y a la alimentación: un factor crítico para el tratamiento de la obesidad. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 68(2).  
Obtenido en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2018/2/art-5/>
- Campo-Tertera, L., Herazo-Beltrán, Y., García-Puello, F., Suarez-Villa, M., Méndez, O. y Vásquez-De la Hoz, F. (2017). Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte*, 33(3),419-428. Consultado el: 11 de mayo de 2020. ISSN: 0120-5552.  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817/81753881016>
- Castañeda, P. (2018, 10 de enero). Algunos retos en salud para superar en el 2018. *El Tiempo*. Recuperado en 03 de marzo de 2019]. Disponible en:  
<https://www.eltiempo.com/vida/salud/resultados-de-la-encuesta-nacional-de-situacion-nutricional-169688>.
- Castillo Ruiz, O., Téllez, L., Simón, J.; Rodríguez Castillejos, G. (2013). Factores que influyen en la prevención y tratamiento efectivo de la obesidad infantil. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. 59 (21), 57-63.
- Chávez Caraza, K.L., Rodríguez de Ita, J., Santos Guzmán, J., Segovia Aguirre, J.G., Altamirano Montecalvo, D.C. y Matías Barrios, V.M. (2016). Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(3), 237-242. Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey. Residencia en Pediatría del Sistema Multicéntrico de Residencias Médicas, ITESMSSNL, Monterrey, Nuevo León, México.
- Coaquira Escarcena, D. y Flores Arizaca, M. (2019). *Percepción materna del estado nutricional y estilos de vida en niños (as) de 9 a 11 años con sobrepeso y obesidad*. Trabajo de

Grado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú.

Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2279>

Collins, M.E. (1991). Body Figure Perceptions and Preferences Among Preadolescent Children.

*International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199 – 208.

Concha-Cisternas, Y., Castillo-Retamal, M. y Guzmán-Muñoz, E. (2020). Comparación de la calidad de vida en estudiantes universitarios según nivel de actividad física. *Universidad y Salud*, 22(1), 33-40. <https://dx.doi.org/10.22267/rus.202201.172>

Congreso de la República de Colombia - Gobierno Nacional. (2009). Ley 1355 de 2009 o Ley de Obesidad. *Diario Oficial*. 1-3. ISSN 0122-2112.

Coromoto-Navas, M., Pérez, A., Herrera, H. A. y Hernández, R.A. (2011). Hábitos Alimentarios, actividad Física y su relación con el estado antropométrico de Preescolares. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(3), 301 – 312.

Cu F., L., Villarreal R., E., Rangel P., B., Galicia R., L., Vargas D., E. y Martínez G., L. (2015). Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes. *Revista chilena de nutrición*, 42(2), 139-144. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000200004>

Cruz Sánchez, M., Tuñón Pablos, E., Villaseñor Farías, M., Álvarez Gordillo, G. y Nigh Nielsen, R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*, 25(57), 165-202. Recuperado en 28 de mayo de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252013000200006&lng=es&tylng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252013000200006&lng=es&tylng=es).

Delgado-Floody, P., Caamaño-Navarrete, F., Jerez-Mayorga, D., Cofré-Lizama, A., Osorio-Poblete, A., Campos-Jara, C., Guzmán-Guzmán, I., Martínez-Salazar, C., y Carcamo-Oyarzun, J. (2017). Obesidad, autoestima y condición física en escolares. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 43-48.

- Díaz-Martínez, M., Tovar, M. B., y Torres, A. M. (2015). Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales en Chía, Cundinamarca. *Pediatría*, 48(1), 15-20.  
Recuperado a partir de <http://revistapediatria.org/rp/article/view/46>
- Flores Peña, Y., Trejo Ortiz, P., Ávila Alpírez, H., Cárdenas Villarreal, V., Ugarte Esquivel, A., Gallegos Martínez, J. y Cerda Flores, R. (2014). Predictores de la percepción materna del peso del hijo con sobrepeso-obesidad. *Universitas Psychologica*, 13(2), 553-563.  
<https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pmp>.
- García Rodríguez, K. (2018). Tratamiento de la obesidad infantil desde la Psicología. Hacia una real modificación de actitudes. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 10(1). Recuperado de: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/413>
- Giordano, S. y Sartori, M. (2012). Percepción de las Madres del Estado Nutricional de sus Niños en una Escuela Primaria de Cachi (Salta, Argentina). *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana CIMEL*, 17 (1), 37-41.
- Godard, C., Rodríguez, M. del P., Diaz, N., Lera, L., Salazar, G. y Burrows, R. (2008). Validación de un Test clínico para evaluar actividad física en niños. *Revista Médica de Chile*, 136, 1155 - 1162
- Guzmán Loaiza M.J. y Pérez Salgado C.I. (2014-2015). Factores socioeconómicos, demográficos, institucionales y familiares asociados con exceso de peso en niños de 2 a 5 años asistentes a los jardines infantiles de Envigado-Colombia. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 17, 125-140.
- Hernández-Vásquez, A., Bendezú-Quispe, G., Santero, M. y Azañedo, D. (Septiembre 13, 2016). Prevalencia de obesidad en menores de cinco años en Perú según sexo y región, 2015. *Revista Española de Salud Pública*, 90, 1 -10. Recuperado en 02 de mayo de 2018,

de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100414&lng=es&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100414&lng=es&lng=es).

Instituto Nacional de Cáncer. Diccionario de Cancer (S.f.). Diccionario de Cáncer. Estados Unidos. Consultado en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-familiares#:~:text=Registro%20de%20las%20relaciones%20entre,se%20llama%20historia%20m%C3%A9dica%20familiar>.

Jiménez Carbajal, T., Aguirre, A., Bañuelos Barrera, Y., Hernández Rodríguez, V., Sánchez Perales, M. y del Rosario Muñoz Alonso, L. (2018). Percepción materna y estado de peso del hijo escolar en una comunidad rural. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud RICS*, 7(13), 52.

Lafuente, M. D. (2012). *Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. Trastornos de la conducta alimentaria*, (14), 1490-1504.

Lujan Sánchez, A., Piat, L. y Ott, A. (2010). Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 197:19-24.

Martínez, E. y Visbal, L. (2017). Obesidad y pobreza: ¿quién es el culpable?. *Salud Uninorte*, 33(2), 202-212.

Mercado, P. y Vilchis, G. (Febrero-Julio, 2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*, 17 (28), 49-57.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015*. Recuperado el: 17 de febrero de 2019. Disponible en:

<https://www.nocomasmentiras.org/wp-content/uploads/2017/12/Resultados-ENSIN-2015.pdf> .

Miranda-Hermosilla, F. y García, F. (2019). Funcionamiento familiar y percepción parental del estado nutricional de sus hijos e hijas en edad preescolar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(1), 103-120. Recuperado en 10 de mayo de 2020, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612019000100005&lng=es&esytlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000100005&lng=es&esytlng=es).

Organización Mundial de la Salud – OMS – (1992). Sistema Estadístico de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10). Estados Unidos: OMS

Organización Mundial de la Salud (2017). *10 Datos sobre la Obesidad*. Recuperado el 15 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 15 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Organización Mundial de la Salud (1 de abril, 2020). Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 2 de mayo de 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO). (2017). *Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití*. Recuperado el: 17 de febrero de 2019. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2686:sobrepeso-afecta-a-casi-la-mitad-de-la-poblacion-de-todos-los-paises-de-america-latina-y-el-caribe-salvo-por-haiti&Itemid=562](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2686:sobrepeso-afecta-a-casi-la-mitad-de-la-poblacion-de-todos-los-paises-de-america-latina-y-el-caribe-salvo-por-haiti&Itemid=562)

- Puente Perpignan, M., Ricardo Falcon, T. y Fernández Diaz, R. (2013). Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niñas y niños menores de 5 años. *Revista Médica de Santiago de Cuba (MEDISAN)*, 17(7), 1065-1071. ISSN 1029-3019.
- Rodríguez Vázquez, L. y Diaz Sánchez, M. (2016). Representaciones Familiares sobre la Obesidad Infantil en dos Municipalidades de la Habana. *Revista de Antropología Experimental*, 16 (12), pp. 179-187. ISSN: 1578-4282.
- Sánchez Echenique, M. (2012). Aspectos Epidemiológicos de la Obesidad Infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 14 (22), 9-14. ISSN 1139-7632.
- Sánchez Arenas, J. y Ruiz Martínez, A. (2015). Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(1), 38-44. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>
- Trejo Ortiz, P. y Ahumada Saucedo, J. (2016). *Factores asociados a la percepción materna del peso corporal del hijo: una revisión sistemática*. Universidad de Oriente Santiago de Cuba, Especial VLIR, 222-233. ISSN 2227-6513.
- Trujano, P., De Gracia, M., Nava, C. y Limón, G.R. (2014). Sobrepeso y obesidad en preadolescentes mexicanos: estudio descriptivo, variables correlacionadas y directrices de prevención. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 119-130. DOI: 10.14718/ACP.2014.17.1.12.
- Zamudio Solorio, O. y Muñoz Arenillas, R.M. (2016). Percepción de los padres respecto al sobrepeso y obesidad de sus hijos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(1), :61-64.
- Zonana Nacacha. A. y Conde Gaxiolab M. (2010). Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos. *Gaceta Médica de México*, 146(3), 165-168.

## APÉNDICES

### *Apéndice A*

#### Consentimiento Informado.

#### Proyecto de Investigación

Percepción de los padres o cuidadores de niños con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad, y los antecedentes familiares y estilos de vida

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_, he sido invitado a la presente investigación realizada por las estudiantes Laura Tatiana Salazar Ospina y Yenifer Ocampo Guzmán, del programa de Psicología de la Universidad Católica de Oriente (UCO), bajo la dirección de la magister Paula Cristina Ríos Zapata, Psicóloga y docente investigadora del Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Católica de Oriente (UCO), con el objetivo de Describir la percepción que tienen los padres o cuidadores de los niños con riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad, y los antecedentes familiares y estilos de vida. Esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones de los hogares infantiles La Rochela, Carrusel y Pentagrama, del municipio de Rionegro.

He sido informado que durante la participación de esta investigación se recolectará información sociodemográfica para la facilitación de la caracterización en este estudio. Luego, participaré en la aplicación de algunos cuestionarios psicológicos relacionados con percepción del peso que tienen los padres sobre sus hijos, al igual un cuestionario sobre antecedentes familiares y otros sobre estilos de vida saludable, temas base del proyecto investigativo.

Esta evaluación se realizará en un solo momento, con una duración de aproximadamente 1 hora y seré contactado por medio de correo electrónico o carácter presencial por parte de los investigadores. Una vez recolectada la información se realizará el respectivo análisis e interpretación de la información por medio de un paquete estadístico.

Esta investigación contempla parámetros establecidos en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, emanada del Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizadas en seres humanos.

Además, se me ha informado que pueden existir preguntas que me incomoden o me causen vergüenza, por tanto, no estaré obligado a responder o pudiendo solicitar explicación, en caso de querer desistir de la investigación lo podré hacer sin ningún problema o implicación legal, la realización de las pruebas no tendrá ningún costo para mí, mi información personal será utilizada solo con fines académicos y se mantendrá en confidencialidad. Si durante la investigación surgen aspectos que me movilizan emocionalmente, se tomarán las medidas de contención psicológica y se brindarán las recomendaciones o remisiones pertinentes.

La presente investigación cuenta con los siguientes criterios de inclusión:

- Padres de niños entre 1 y 5 años que asistan a los hogares infantiles y estén diagnosticados o en riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad.

Esta investigación presenta algunos criterios de exclusión, por tanto, les informaré a los investigadores del presente estudio si reúno alguno de los siguientes criterios:

- Padres de niños cuyos diagnósticos sean por problemas metabólicos u hormonales

He sido informado acerca de la confidencialidad de los resultados personales en el presente estudio. Solamente los investigadores podrán tener acceso a mis resultados y de mi hijo. Si los resultados del presente estudio son publicados, en ningún momento mi nombre, ni el de mi hijo serán incluidos, serán mantenidos en anonimato. En todo momento nuestra identidad y nuestros datos personales permanecerán de forma confidencial.

Si tuviera alguna pregunta respecto a la presente investigación, podré contactarme con alguno de los siguientes investigadores:

- Paula Cristina Ríos Zapata. Magister. Asesora de la Investigación. Programa de Psicología, Universidad Católica de Oriente. Celular 3108298072
- Yenifer Ocampo Guzmán. Estudiante del Programa de Psicología, Universidad Católica de Oriente. Celular: 3146594306
- Laura Tatiana Salazar Ospina. Estudiante del Programa de Psicología, Universidad Católica de Oriente. Celular: 3206869410

He leído el presente consentimiento informado y manifiesto que lo entiendo completamente. Todas las preguntas respecto al estudio han sido respondidas de manera satisfactoria y estoy de acuerdo en participar en él.

Autorizo la utilización de mis datos para esta investigación.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

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

## Apéndice B

### Operacionalización de variables

Grupo de Variables	VARIABLES	Componentes	Tipo	Nivel de Medición	Valor	Instrumentos
Variables Socio - demográficas	Fecha de nacimiento del menor	Fecha directa	Cualitativo	Nominal	día/mes/año	Encuesta Socio - demográfica
	Género del menor	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativo	Nominal	1. Hombre 2. Mujer	
	Estado Civil del padre y/o cuidador	1. Casado/Unión Libre 2. Separado / Divorciado 3. Viudo 4. Soltero	Cualitativo	Nominal	1. Casado/Unión Libre 2. Separado / Divorciado 3. Viudo 4. Soltero	
	Estrato Socio-Económico	Estratificación típica en Colombia 1 – 2 - 3 – 4 – 5	Cuantitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	
	Escolaridad	1. Primaria incompleta 2. Primaria 3. Secundaria Incompleta 4. Secundaria 5. Técnico 6. Tecnólogo 7. Profesional 8. Postgrado	Cualitativo	Ordinal	1. Primaria incompleta 2. Primaria 3. Secundaria Incompleta 4. Secundaria 5. Técnico 6. Tecnólogo 7. Profesional 8. Postgrado	
	Vivienda	1. Propia 2. Arrendada 3. Familiar 4. Compartida con otra(s) familia(s)	Cualitativa	Nominal	1. Propia 2. Arrendada 3. Familiar 4. Compartida con otra(s) familia(s)	
	Actividad	1. Empleado Tiempo Completo 2. Empleado Tiempo Parcial 3. Empleado temporal 4. Incapacidad 5. Desempleado 6. Pensionado 8. Otro	Cualitativo	Nominal	1. Empleado Tiempo Completo 2. Empleado Tiempo Parcial 3. Empleado temporal 4. Incapacidad 5. Desempleado 6. Pensionado 8. Otro	
	Ocupación	1. Auxiliar administrativo(a) 2. Director(a) Nómina y contabilidad 3. Ingeniero Civil 4. Abogado(a) 5. Administrador(a) 6. Mecánico Industrial 7. Ama de Casa 8. Contador 9. Otros	Cualitativo	Nominal	1. Auxiliar administrativo(a) 2. Director(a) Nómina y contabilidad 3. Ingeniero Civil 4. Abogado(a) 5. Administrador (a) 6. Mecánico Industrial 7. Ama de Casa 8. Contador 9. Otros	
	Número de personas con quien vive	Valor directo	Cualitativo	Nominal		

Estilos de vida y antecedentes familiares	Coolesterol	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Triglicéridos	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Consumo de alcohol	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Infarto de miocardio previo:	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Antecedentes familiares de obesidad:	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	¿Quiénes?	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(s) 4. Abuelos 5. Tíos 6. Primos 7. Otro 8. Ninguno 9. Varios	Cualitativo	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(s) 4. Abuelos 5. Tíos 6. Primos 7. Otro 8. Ninguno 9. Varios
	Antecedentes familiares de sobrepeso	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	¿Quiénes?	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(s) 4. Abuelos 5. Tíos 6. Primos 7. Otro 8. Ninguno 9. Varios	Cualitativo	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(s) 4. Abuelos 5. Tíos 6. Primos 7. Otro 8. Ninguno 9. Varios
	Antecedentes familiares de riesgo sobrepeso	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	¿Quiénes?	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(s) 4. Abuelos 5. Tíos 6. Primos 7. Otro 8. Ninguno 9. Varios	Cualitativo	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(s) 4. Abuelos 5. Tíos 6. Primos 7. Otro 8. Ninguno 9. Varios
	Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el peso:	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	¿Cuál?	1. Presión alta 2. Diabetes 3. Tiroides Aguda 4. Hipertensión endocraneana 5. Varias 6. Ninguna	Cualitativo	Nominal	1. Presión alta 2. Diabetes 3. Tiroides Aguda 4. Hipertensión endocraneana 5. Varias 6. Ninguna
	Práctica algún deporte	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
¿Cuál?	2. Gimnasio 3. Fútbol 4. Caminar 5. Ejercicio 6. Cardío 7. Natación 8. Trotar 9: Ninguno	Cualitativo	Nominal	2. Gimnasio 3. Fútbol 4. Caminar 5. Ejercicio 6. Cardío 7. Natación 8. Trotar 9: Ninguno	

		10. Otros			10. Otros
	¿Con que frecuencia?	1. Diario 2. 1 vez a la semana 3. 2 veces a la semana 4. 3 veces a la semana 5. 4 veces a la semana 6. 5 veces a la semana 7. 6 veces a la semana 8. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Diario 2. 1 vez a la semana 3. 2 veces a la semana 4. 3 veces a la semana 5. 4 veces a la semana 6. 5 veces a la semana 7. 6 veces a la semana 8. Ninguno
Estilos de vida y antecedentes del menor	Peso	Valor Directo	Cuantitativo	Nominal	Kg
	Talla	Valor Directo	Cuantitativo	Nominal	Cms
	Ejercicio:	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Qué tipo de ejercicio	1. Natación 2. Ballet 3. Futbol 4. Patinaje 5. Varios 6. Otros 7. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Natación 2. Ballet 3. Futbol 4. Patinaje 5. Varios 6. Otros 7. Ninguno
	Frecuencia	1. Diario 2. 1 vez a la semana 3. 2 veces a la semana 4. 3 veces a la semana 5. 4 veces a la semana 6. Fin de semana 7. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Diario 2. 1 vez a la semana 3. 2 veces a la semana 4. 3 veces a la semana 5. 4 veces a la semana 6. Fin de semana 7. Ninguno
	Sedentarismo	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Horarios de alimentación	1. 8:00AM - 12:00PM - 6:00PM 2. 8:00AM - 12:00PM - 4:00PM - 6:00PM 3. 9:00AM - 1:00PM - 6:00PM 4. 9:00AM - 1:00PM - 4:00PM - 7:00PM 5. 9:00AM - 1:00PM - 7:00PM 6. 9:00AM - 11:00AM - 4:00PM - 7:00PM 7. Otros	Cualitativo	Nominal	1. 8:00AM - 12:00PM - 6:00PM 2. 8:00AM - 12:00PM - 4:00PM - 6:00PM 3. 9:00AM - 1:00PM - 6:00PM 4. 9:00AM - 1:00PM - 4:00PM - 7:00PM 5. 9:00AM - 1:00PM - 7:00PM 6. 9:00AM - 11:00AM - 4:00PM - 7:00PM 7. Otros
	Espacio para la alimentación	1. Comedor 2. Cocina 3. Sala 4. Alcoba 5. Otro	Cualitativo	Nominal	1. Comedor 2. Cocina 3. Sala 4. Alcoba 5. Otro
¿Consume agua?	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	

	Frecuencia	1. Diario 2. Otro 3. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Diario 2. Otro 3. Ninguno
	Alimento preferido por el niño	1. Huevo 2. Pollo 3. Pastas 4. Frutas 5. Sopas 6. Otros	Cualitativo	Nominal	1. Huevo 2. Pollo 3. Pastas 4. Frutas 5. Sopas 6. Otros
	¿Quién cuida o regula la alimentación del menor?	1. Mamá 2. Papá 3. Cuidador 4. Abuela 5. Abuelo 6. Hermano(s) 7. Tíos 8. otro 9. Varios	Cualitativo	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Cuidador 4. Abuela 5. Abuelo 6. Hermano(s) 7. Tíos 8. otro 9. Varios
	¿Qué hace en su tiempo Libre?	1. Jugar 2. Ver tv y/o videojuegos 3. Otros 4. Varios	Cualitativo	Nominal	1. Jugar 2. Ver tv y/o videojuegos 3. Otros 4. Varios
	Enfermedades generales	1. Alergia respiratoria 2. Asma 3. Deabetes 4. Gripe 5. Varios 6. Ninguno 7. Otro	Cualitativo	Nominal	1. Alergia respiratoria 2. Asma 3. Deabetes 4. Gripe 5. Varios 6. Ninguno 7. Otro
	Enfermedades relacionadas con el sobrepeso o la obesidad	1. Sobrepeso 2. Hipotonía 3. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Sobrepeso 2. Hipotonía 3. Ninguno
Otros datos socio - demográficos importantes de los padres	Diabetes tipo II	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Hipertensión	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Hipercolesterolemia (altos niveles de colesterol en sangre)	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Hígado graso	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Canceres	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	¿Cuál?	1. Mama 2. Ovario 3. Colón 4. Hígado 5. Páncreas 6. Estómago 7. Riñón 8. Otro 9. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Mama 2. Ovario 3. Colón 4. Hígado 5. Páncreas 6. Estómago 7. Riñón 8. Otro 9. Ninguno
	Problemas psicológicos	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	¿Cuál?	1. Ansiedad 2. Depresión 3. Trastornos alimenticios 4. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Ansiedad 2. Depresión 3. Trastornos alimenticios 4. Ninguno
Otros datos importantes socio - demográficos del	Diabetes tipo II	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Enfermedad cardiovascular	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Enfermedad Pulmonar	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No

menor	Apnea obstructiva del sueño	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Problemas psicológicos	0. Ninguna 1. Autoestima baja 2. Depresión	Cualitativo	Nominal	0. Ninguna 1. Autoestima baja 2. Depresión	
	Problemas en los Huesos	0. Ninguna 1. Deformación 2. Dolor 3. Deslizamiento de la Epífisis 4. Enfermedad de Blount	Cualitativo	Nominal	0. Ninguna 1. Deformación 2. Dolor 3. Deslizamiento de la Epífisis 4. Enfermedad de Blount	
	Fracturas	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Problemas de respiración	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Asma	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Enfermedad del hígado	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Cálculos Biliares	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Reflujo gastroesofágico	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Problemas de motricidad	0. Ninguno 1. Pies planos 2. Movilidad alterada 3. Torpeza 4. Dificultad para brincar 5. Dificultad para amarrarse los cordones 6. Varios	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Pies planos 2. Movilidad alterada 3. Torpeza 4. Dificultad para brincar 5. Dificultad para amarrarse los cordones 6. Varios	
Percepción de peso	Peso adecuado o trastorno del peso	1. Desnutrición aguda 2. Desnutrición 3. Riesgo desnutrición 4. Adecuado 5. Riesgo sobrepeso 6. Sobrepeso 7. Obesidad	Cualitativo	Nominal	1. Desnutrición aguda 2. Desnutrición 3. Riesgo desnutrición 4. Adecuado 5. Riesgo sobrepeso 6. Sobrepeso 7. Obesidad	Pictograma
Consumo de alimentos (Cereales o Verduras)	Una arepa pequeña	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de Coromoto Nava et al. (2011)
	Una rebanada de pan	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día	

		Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Una empanada mediana	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Una pequeña Panquecas	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza de Verduras	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza de Arroz	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca

		3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			
Media taza de Pasta	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Media taza de Granos	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Un cuarto de unidad de Plátano	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Tres unidades de Galletas	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Otro ¿Cuál?	0. Ninguno 1. Colada 2. Habichuelas	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Colada 2. Habichuelas	

		3. Frutas dulces			3. Frutas dulces
Consumo de alimentos (Frutas)	Una taza Melón	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Una mediana Naranja	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Una mediana Guayaba	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Fresa	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media Unidad Banano	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana

		<p>semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>			<p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	
	Media unidad Mango	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	
	Una mediana Manzana	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	
	Una taza Sandía	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p> <p>4. Rara vez o nunca</p>	
	Una rueda Piña	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana:</p> <p>1. 4 a 6 veces</p> <p>2. 2 a 3 veces</p> <p>3. 1 vez a la semana</p> <p>4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día</p> <p>1. 4 a 5 veces al día</p> <p>2. 2 a 3 veces al día</p> <p>3. 1 vez al día</p>	

		día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			4. Rara vez o nunca
	Media taza Uva	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Kiwi	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Una mediana Pera	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Otro ¿Cuál?	0. Ninguno 1. Granadilla 2. Mandarina 3. Mora	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Granadilla 2. Mandarina 3. Mora
Consumo de alimentos (vegetales)	Media taza Zanahoria	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca

		día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			
	Media taza Cebolla	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Tomate	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Lechuga	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Calabacín	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Pepino	A la semana: 1. 4 a 6 veces	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces

		<p>2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>			<p>2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Media taza Repollo	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Media taza Brócoli	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Media taza Espinaca	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Media taza Remolacha	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día</p>	

		Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Media taza Coliflor	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Otro ¿Cuál?	0. Ninguno 1. Azelgas	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Azelgas
Consumo de alimentos (Leche y Derivados)	Un vaso o cuatro cucharadas Leche	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Yogurt	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Otro ¿Cuál?	0. Ninguno 1. Avena 3	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Avena 3
Consumo de alimentos (Carnes, Quesos y Huevo)	Un cuarto Chuleta de Cerdo	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día

		día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			4. Rara vez o nunca
	Media Pechuga de Pollo	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Un Muslo de Pollo	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Dos cucharadas Pollo Mechado	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Un cuarto Filete de Pollo	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca

Dos cucharadas Carne de Res Molida o Mechada	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
Un cuarto Bistec de Res	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
Una lonja de Jamón	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
Una lonja de Mortadela	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
Un cuarto de Salchichón	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca

		nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Una mediana Salchichas	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Un cuarto Filete de Pescado	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Un cuarto Pescado Frito	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
	Un cuarto Pescado al Horno	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca

		día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			
Una rebanada Queso Cuajada	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Una rebanada Quesito	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Una rebanada Queso Costeño	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Un Huevo	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Una cucharadita Margarina o	A la semana: 1. 4 a 6 veces	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces	

	Mantequilla	<p>2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>			<p>2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Una tajada Aguacate	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Una cucharadita Mayonesa	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Una cucharadita Aceite	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p> <p>Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca</p>	
	Otro ¿Cuál?	<p>0. Ninguno 1. Aceita de oliva</p>	Cualitativo	Nominal	<p>0. Ninguno 1. Aceita de oliva</p>	
Consumo de alimentos (otros alimentos)	Una lata o una botella Gaseosas	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o</p>	Cuantitativo	Nominal	<p>A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca</p>	

		nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca			Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca
Una lata o una botella Maltas	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Golosinas	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Una cucharada Azúcar	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
Una taza Gelatina	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	

		día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca				
	Un vaso Bebidas en Sobre	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
	Un cuarto de vaso Jugos Envasados	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	Cuantitativo	Nominal	A la semana: 1. 4 a 6 veces 2. 2 a 3 veces 3. 1 vez a la semana 4. Rara vez o nunca  Al día 1. 4 a 5 veces al día 2. 2 a 3 veces al día 3. 1 vez al día 4. Rara vez o nunca	
	Si algún alimento que consume el niño no fue nombrado especifique	0. Ninguno 1. Leche materna 2. Leche de tarro 3. Chocolista 4. Atún 5. Aguapanela 6. Queso crema 7. Chocolate	Cualitativo	Nominal	0. Ninguno 1. Leche materna 2. Leche de tarro 3. Chocolista 4. Atún 5. Aguapanela 6. Queso crema 7. Chocolate	
Actividad física habitual	Padece su hijo alguna enfermedad	1. Si 2. No	Cuantitativo	Nominal	1. Si 2. No	Cuestionario de actividad física habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Validado por Godard et al. (2008)
	¿Cuál?	1. Alergia respiratoria 2. Asma 3. Deabetes 4. Hipotonia 5. Varios 6. Ninguno 7. Otro	Cualitativo	Nominal	1. Alergia respiratoria 2. Asma 3. Deabetes 4. Hipotonia 5. Varios 6. Ninguno 7. Otro	
	Su hijo tiene algún impedimento físico para trotar, caminar, correr, etc	1. Si 2. No	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	
	Durante la semana su hijo suele ayudar a:  Organizar la habitación	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3. 1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3. 1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	Durante la semana su hijo suele ayudar a:	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana.	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana.	

	Poner la mesa	2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana			2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	Durante la semana su hijo suele ayudar a:  Lavar Platos	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades?  Organizar la habitación	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades?  Poner la mesa	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades?  Lavar Platos	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana. 2. 5-6 veces 3.1-2 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Juega en el parque	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Juega	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
	¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Corre	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a	

		veces a la semana			la semana
¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Camina sin peso (morral, bolsas, etc.)	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Camina con peso (morral, bolsas, etc.)	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Monta bicicleta	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Baila	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
¿Cuántas veces a la semana, sin incluir las horas en la escuela, si hijo:  Estudia	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	Cuantitativo	Nominal	0. Nunca 1. 1-2 veces a la semana 2. 3-4 veces a la semana 3. 5-6 veces a la semana 4. Más de 6 veces a la semana	
¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Minutos Juega en el parque	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo	
¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Juega	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo	

¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Camina sin peso (minutos)	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo
¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Camina con peso (morral, bolsas, etc.) Minutos	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo
¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Monta bicicleta Minutos	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo
¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Baila Minutos	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo
¿Cuántas horas al día su hijo realiza estas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)  Estudia Minutos	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo
Practica su hijo algún deporte	1. Si 2. No	Cuantitativo	Nominal	1. Si 2. No
¿Cuál o cuáles?	1. Natación 2. Ballet 3. Fútbol 4. Patinaje 5. Varios 6. Otros 7. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Natación 2. Ballet 3. Fútbol 4. Patinaje 5. Varios 6. Otros 7. Ninguno
¿Cuántas veces a la semana?	1. Diario 2. 1 vez a la semana 3. 2 veces a la semana 4. 3 veces a la semana 5. 4 veces a la semana 6. 5 veces a la semana 7. 6 veces a la semana 8. Fin de semana 9. Ninguno	Cualitativo	Nominal	1. Diario 2. 1 vez a la semana 3. 2 veces a la semana 4. 3 veces a la semana 5. 4 veces a la semana 6. 5 veces a la semana 7. 6 veces a la semana 8. Fin de semana 9. Ninguno
¿Cuántas horas?	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa

¿Cuántas horas? ¿Su hijo ve televisión en un día de semana?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo ve televisión en un día del fin de semana?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día de semana?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día del fin de semana?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo duerme en un día de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo duerme en un día de semana, además de las horas de sueño de la noche?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
¿Cuántas horas? ¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, además de las horas de sueño de la noche?	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas	Cuantitativo	Nominal	0. Ninguna 1. 1 a 2 horas 2. 2 a 4 horas 3. 4 a 6 horas 4. 6 a 8 horas 5. Más de 8 horas
Acostado (hora/día) Durmiendo de noche	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa
Acostado (hora/día)	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa
Siesta en el día				
Sentado (hora/día) En Clase	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa
Sentado (hora/día) Leer, dibujar	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa
Sentado (hora/día) Minutos en comidas	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa
Sentado (hora/día)	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa

	En auto o transporte Minutos					
	Sentado (hora/día) TV - PC - Video Juegos	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa	
	Caminando (cuadras/día) Hacia o desde el colegio o cualquier lugar rutinario	Número de cuadras Directa	Cuantitativo	Nominal	Número de cuadras Directa	
	Juegos al aire libre (minutos/día) Bicicleta, pelotas, correr, etc.	Minutos Directo	Cuantitativo	Nominal	Minutos Directo	
	Ejercicio o deporte programado (hora/semana) Educación Física - Deportes Programados	Hora Directa	Cuantitativo	Nominal	Hora Directa	

*Apéndice C*

Encuesta sociodemográfica y de antecedentes familiares de Antecedentes Familiares

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (día/mes/año)  
 Género: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer  
 Estado civil: \_\_\_ Casado/unión libre \_\_\_ Separado/Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Soltero  
 Estrato Socio-Económico: \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6  
 Escolaridad: \_\_\_ Primaria incompleta \_\_\_ Primaria \_\_\_ Secundaria incompleta \_\_\_ Secundaria  
 \_\_\_ Técnico \_\_\_ Tecnólogo \_\_\_ Profesional \_\_\_ Postgrado  
 Vivienda: \_\_\_ Propia \_\_\_ Arrendada \_\_\_ Familiar \_\_\_ Compartida con otra (s) familia (s)  
 Actividad: \_\_\_ Empleado Tiempo Completo \_\_\_ Empleado Tiempo Parcial \_\_\_  
 Empleado Temporal \_\_\_ Incapacidad (hasta seis meses) \_\_\_ Desempleado \_\_\_ Pensionado  
 \_\_\_ Otro  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Número de personas con quien vive: \_\_\_\_\_ (cero si vive solo)  
 Quienes \_\_\_\_\_

**HABITOS DE VIDA Y ANTECEDENTES FAMILIARES**

Colesterol: \_\_\_ Si \_\_\_ No Nivel: Triglicéridos: \_\_\_ Si \_\_\_ No Nivel:  
 Consumo de alcohol: \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 Infarto de miocardio previo: \_\_\_ Si \_\_\_ No Fecha: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares de obesidad: \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 Quienes: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares de sobrepeso: \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 Quienes: \_\_\_\_\_  
 Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el peso: \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Práctica algún deporte: \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**HABITOS DE VIDA Y ANTECEDENTES DEL MENOR**

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
 Ejercicio: \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 Qué tipo de ejercicio:

Frecuencia:

Sedentarismo: \_\_\_ Si \_\_\_ No

Alimentación:

Horarios de alimentación:

Espacio para la alimentación:

Consume agua: \_\_\_ Si \_\_\_ No

Frecuencia:

Alimento preferido por el niño:

Quien cuida o regula la alimentación del menor:

Que hace en su tiempo Libre:

Enfermedades generales:

Enfermedades relacionadas con el sobrepeso o la obesidad:

#### OTROS DATOS MÉDICOS IMPORTANTES DE LA FAMILIA

Diabetes tipo II \_\_\_ Si \_\_\_ No

Hipertensión \_\_\_ Si \_\_\_ No

Hipercolesterolemia (altos niveles de colesterol en sangre) \_\_\_ Si \_\_\_ No

Hígado graso \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Cánceres \_\_\_ Sí \_\_\_ No

\_\_\_ Mama \_\_\_ ovario \_\_\_ colon \_\_\_ hígado \_\_\_ páncreas \_\_\_ estómago \_\_\_ riñón.

Problemas psicológicos \_\_\_ Si \_\_\_ No

Ansiedad \_\_\_ depresión \_\_\_ trastornos alimenticios \_\_\_

#### DATOS MÉDICOS IMPORTANTES DEL MENOR

Diabetes tipo II \_\_\_ Si \_\_\_ No

Enfermedad cardiovascular \_\_\_ Si \_\_\_ No

Enfermedad pulmonar \_\_\_ Si \_\_\_ No

Apnea obstructiva del sueño \_\_\_ Si \_\_\_ No

Autoestima baja \_\_\_ Si \_\_\_ No

Depresión \_\_\_ Si \_\_\_ No

Problemas en los huesos de los huesos:

Deformación \_\_\_ Si \_\_\_ No

Dolor \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Problemas de respiración \_\_\_ Si \_\_\_ No

Asma \_\_\_ Si \_\_\_ No

Enfermedad de hígado \_\_\_ Si \_\_\_ No

Cálculos biliares \_\_\_ Si \_\_\_ No

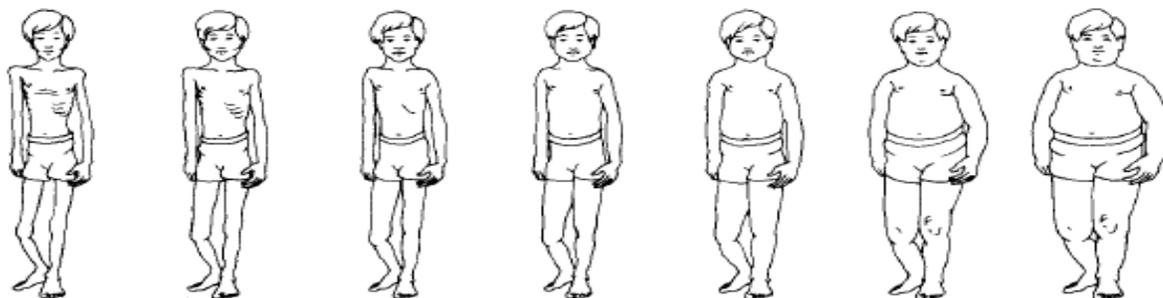
Reflujo gastroesofágico \_\_\_ Si \_\_\_ No.



*Apéndice D.*

## Escala visual de imágenes corporal (Pictograma) (Collins,1991)

Elija la silueta que, a su criterio, corresponde a la imagen corporal que usted tiene de su hijo y marque con una X sobre el número.

**1****2****3****4****5****6****7**







*Apéndice F.*

**Cuestionario de Actividad Física Habitual del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA, Validado por Godard et al. 2008)**

I. Marque con una x la opción correspondiente a la actividad física que su hijo o representado realiza:

¿Padece su hijo alguna enfermedad? Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Cuál? Indique\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene algún impedimento físico para trotar, caminar, correr, etc.? Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Cuál? Indique\_\_\_\_\_

**1. DURANTE LA SEMANA SU HIJO SUELE AYUDAR A:**

	Nunca	1-2 veces a la semana	5-6 veces a la semana	1-2 veces a la semana	Más de 6 veces a la semana
Limpiar la casa					
Lavar platos					

¿Cuántas horas al día su hijo realiza éstas actividades?

	Menos de 1 hora	1 hora	2 horas	3 horas	Más de 3 horas al día
Limpiar la casa					
Lavar platos					

**2. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA, SIN INCLUIR LAS HORAS EN LA ESCUELA, SU HIJO:**

	Nunca	1-2 veces a la semana	3-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	Más de 6 veces a la semana
Juega en el parque					
Juega					
Corre					
Camina sin peso (morril, bulto, bolsas, etc.)					
Camina con peso (morril, bulto, bolsas, etc.)					
Monta bicicleta					
Baila					
Estudia					
Otras(especifique): _____					

¿Cuántas horas al día su hijo realiza éstas actividades? (sin incluir las horas que las realiza en la escuela)

	¿Cuántos minutos?	1 hora	2 horas	3 horas	Más de 3 horas al día
Juega en el parque					
Juega					
Camina sin peso					
Camina con peso (morril, bulto, bolsas, etc.)					
Monta bicicleta					

Baila					
Estudia					
Otras(especifique):					

Practica su hijo algún deporte: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

¿Cuál o cuáles?

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la

semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas

horas? \_\_\_\_\_

II. ¿CUÁNTAS HORAS?

	Ninguna	1 a 2 horas	2 a 4 horas	4 a 6 horas	6 a 8 horas	Más de 8 horas
¿Su hijo ve televisión en un día de semana?						
¿Su hijo ve televisión en un día del fin de semana?						
¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día de semana?						
¿Su hijo se dedica a jugar con juegos de video en un día del fin de semana?						
¿Su hijo duerme en un día de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?						
¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, desde que se acuesta en la noche hasta levantarse en la mañana?						
¿Su hijo duerme en un día de semana, además de las horas de sueño de la noche?						
¿Su hijo duerme en un día del fin de semana, además de las horas de sueño de la noche?						

<b>I. Acostado (hora/día)</b>		Puntos	
a) Durmiendo de noche		<8 h	= 2
b) Siesta en el día	+ _____ = _____	8-12 h	= 1
		>12 h	= 0
<b>II. Sentado (hora/día)</b>			
a) En clase			
b) Tareas escolares, leer, dibujar	+ _____		
c) En comidas	+ _____	<6 h	= 2
d) En auto o transporte	+ _____	6-10 h	= 1

