



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO:
CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS
DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS CON OBESIDAD Y
SOBREPESO EN LA UMF NÚMERO 11, TAPACHULA, CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
ALEJANDRA GUADALUPE ULLOA LOPEZ**



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS
DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS CON OBESIDAD Y
SOBREPESO EN LA UMF NÚMERO 11, TAPACHULA, CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER

EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRA GUADALUPE ULLOA LOPEZ

DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:

DR. FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALTUZAR



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

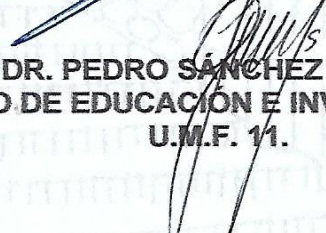
**CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE MADRES
DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS CON OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA UMF NÚMERO
11, TAPACHULA, CHIAPAS.**

AUTORIZACIONES


**DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**


**DR. HECTOR ARMANDINO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**


**DRA. ROSA DEL CARMEN SALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD**


**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
U.M.F. 11.**


**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPRENS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**



AGRADECIMIENTOS

Gracias a *Dios* por demostrarme cada día que tu amor y tu bondad no tienen fin, por permitirme sonreír ante todos mis logros que no son más que el resultado de infinita misericordia, por nunca soltar mi mano y alentarme en los momentos difíciles.

A mis *padres Fulvio y María soledad*, por no dejar de cuidar de mí, por siempre acompañarme en todas las etapas de mi vida, por su incalculable esfuerzo por hacer de mí una mujer de bien, por todos los consejos y las palabras de aliento cuando los días era grises, por inculcarme el valor del trabajo y el sentido de responsabilidad, seguramente me faltara vida para devolverles todo lo que han hecho por mí, pero este logro también es suyo, los amo.

A mi hermana *Paola* por ser mi compañera de aventuras, espero que veas en mí el ejemplo de hermana mayor que siempre he querido ser y la muestra de que los sueños se cumplen cuando existe esfuerzo y dedicación.

A *Juan Carlos* el amor de mi vida, gracias porque si estoy aquí es por ti, por contagiarme tu sentido constante de superación, por creer siempre en mí incluso cuando ni yo misma lo hacía, por ayudarme en cada dificultad y hacerte parte de este sueño, por escuchar mis incertidumbres y darme siempre la solución a todo con una sonrisa, este nuestro triunfo solo es el principio de muchos, Te amo.

A mis compañeros y amigos de residencia *David, Rocha, Miguel, Damaris, Michelle, Raquel, Pao, Peñate, Rolando, Alejandro*, gracias por hacer de este viaje una aventura, por compartir conmigo su compañerismo e incluso su amistad, por ser un equipo y tener la fortuna de sacarnos una sonrisa hasta en los momentos más difíciles, no cambiaría por nada la experiencia de haberlos conocido.

A la *Dra. Adriana* por ser la guía y estructura de esta especialidad, por hacer de nosotros médicos familiares de excelencia y por enseñarnos todo el tiempo el valor de la disciplina y el trabajo.

A mi asesor el *Dr. Javier González* por apoyarme en la realización de este proyecto, por el tiempo y la confianza otorgada.

ÍNDICE

| Parte | Página |
|---|---------------|
| Título | 1 |
| Agradecimientos | 4 |
| Índice | 5 |
| Abreviaturas, siglas y acrónimos | 6 |
| Lista de tablas | 7 |
| Lista de figuras | 8 |
| Resumen | 9 |
| Marco Teórico | 10 |
| Justificación | 19 |
| Planteamiento del problema | 20 |
| Hipótesis | 21 |
| Objetivos | 22 |
| Material y métodos | 23 |
| Implicaciones éticas | 24 |
| Recursos, financiamiento y factibilidad | 31 |
| Procedimiento | 32 |
| Análisis estadístico | 36 |
| Cronograma de actividades | 37 |
| Resultados | 38 |
| Discusión | 44 |
| Conclusiones | 46 |
| Referencias | 47 |

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

| <i>Siglas</i> | <i>Descripción</i> |
|----------------------|--|
| DM2 | Diabetes Mellitus |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| GBD | Global Burden of Disease |
| IHME | Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud |
| IMC | Índice de Masa Corporal |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| UMF | Unidad Médica Familiar |

ÍNDICE DE TABLAS

| <i>Tabla</i> | <i>Descripción</i> | <i>Página</i> |
|---------------------|--|----------------------|
| Tabla 1 | Comparación de la frecuencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación | 41 |
| Tabla 2 | Comparación de la frecuencia de sobrepeso y obesidad según las percepciones de la madre sobre alimentación | 42 |
| Tabla 3 | Comparación de la frecuencia de sobrepeso y obesidad según las las prácticas de alimentación de la madre | 43 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| <i>Figura</i> | <i>Descripción</i> | <i>Página</i> |
|----------------------|---|----------------------|
| Figura 1 | Clasificación de los pacientes por edad. | 37 |
| Figura 2 | Sexo de los niños participantes. | 37 |
| Figura 3 | Frecuencia de sobrepeso, obesidad y otras categorías de estado nutricional. | 38 |
| Figura 4 | Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación. | 39 |
| Figura 5 | Percepciones de las madres sobre alimentación. | 40 |
| Figura 6 | Clasificación de las prácticas sobre alimentación. | 40 |

RESUMEN

CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS CON OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA UMF NÚMERO 11, TAPACHULA, CHIAPAS.

Introducción: La obesidad significa un grave problema de salud en el mundo, se sabe que uno de los grupos más vulnerables ante esto son los niños, quienes son cada vez más propensos a diversas enfermedades crónicas de manera temprana; las madres de familia son piezas fundamentales en su desarrollo, especialmente en cuanto a la nutrición, pues son las encargadas de proveer los alimentos e inculcar hábitos saludables, por lo que resulta de gran importancia su estudio ya que es un factor determinante para la presentación de obesidad y sobrepeso infantil.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, con riesgo mínimo en niños de 6-8 años de edad de la UMF No. 11 de Tapachula Chiapas. Se aplicaron encuestas para identificar los conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias que presentan cada una de las madres, clasificando el resultado en muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron un total de 358 niños de 6-8 años de edad; el 57.8% eran masculinos ($n=207$) y el 42.2% eran femeninos ($n=151$). El 3.9% tenían peso bajo, el 68.7% normopeso, el 20.7% sobrepeso y el 6.7% obesidad. De las madres el 6.1% tenían muy mal conocimiento sobre alimentación, el 12.8% mal conocimiento, el 32.7% regular conocimiento, el 35.5% buen conocimiento y el 12.8% muy mal conocimiento. En relación con las percepciones sobre alimentación el 3.1% tenían muy malas percepciones, el 8.4% malas percepciones, el 50.3% regulares percepciones, el 35.2% buenas y el 3.1% muy buenas percepciones sobre

alimentación. Las prácticas sobre alimentación de las madres fueron muy malas en el 0.8%, malas en el 10.9%, regulares en el 27.9%, buenas en el 54.2% y muy buenas en el 6.1%. La frecuencia de niños con sobrepeso y obesidad fue significativamente mayor en niños hijos de madres con un conocimiento malo (31.8% y 13.6%, respectivamente) o muy malo (26.1% y 10.9%, respectivamente) que en los hijos de madres con un muy buen conocimiento sobre alimentación (4.3% y 0%, respectivamente; $p < 0.001$). Se encontró mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad entre los hijos de madres con muy malas (45.5% y 9.1%, respectivamente) y malas percepciones (20% y 10%, respectivamente) sobre alimentación, que entre los hijos de madres con buenas (17.5% y 4.8%, respectivamente) y muy buenas (0% y 0%, respectivamente) percepciones sobre alimentación ($p < 0.001$). La frecuencia de sobrepeso y obesidad fueron significativamente menores en los niños con muy buenas prácticas de alimentación de la madre (4.5% y 0%) que en los niños con madres con prácticas de alimentación de la madre deficientes ($p = 0.018$).

Conclusiones: Si bien el conocimiento, las percepciones y las prácticas sobre alimentación fueron de regular a muy buenas en más del 80% de las madres de niños de 6-8 años, hubo significativamente mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad entre los niños de madres con conocimiento, percepciones y prácticas sobre alimentación malos ó muy malos.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, conocimientos, percepciones y prácticas.

MARCO TEÓRICO

El desarrollo del mundo es una sucesión de eventos tecnológicos, sociales, que traen consigo el crecimiento de la comunicación e interdependencia entre los diferentes países a nivel mundial ensamblando a la sociedad y sus diferentes culturas, por medio de una serie de evoluciones sociales, económicas y políticas que les dan una representación mundial. Esta situación trae consigo a su vez grandes cambios en los estilos de vida de las personas, debido a la mayor exigencia en sus actividades diarias y el poco tiempo disponible para realizarlas, como resultado las personas presentan estrés, alteraciones del sueño, enfermedades digestivas, y alteraciones en el estado nutricional, en especial el sobrepeso y la obesidad, la cual es de especial importancia debido a que se convirtió en un gran problema de salud a nivel mundial (1).

La obesidad es definida como un aumento del peso corporal que se relaciona a una oscilación en el equilibrio de las partes que componen al cuerpo, con lo que incrementa principalmente la masa grasa con una anormal distribución corporal, se sabe hasta el día de hoy que es una enfermedad crónica multifactorial y con numerosas complicaciones (2).

De acuerdo al origen, se puede catalogar en endógena y exógena. La primera es la menos común de estos 2 tipos, ya que únicamente entre un 5 y un 10% de las personas con obesidad la padecen, esta se debe a complicaciones derivadas de trastornos endocrinos, como la tiroides (hipotiroidismos), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), DM2, el SOP, el hipogonadismo, es un tipo producida por complicaciones internas, por lo que los pacientes se les dificulta la pérdida de peso, aunque lleven una buena alimentación y realicen algún deporte (2).

Por lo contrario, la obesidad exógena es la que se debe a un incremento en el consumo de alimentos o al sedentarismo, es decir, es la más común ya que no es originada por alguna patología o desequilibrio del organismo, sino que es inducida

por el estilo de vida de cada persona. Compone prácticamente entre el 90 y 95% del total de personas con obesidad, lo que se traduce en que la mayor parte de los individuos que la presentan es debido a algún inconveniente en la alimentación y/o estilo de vida (2).

Para clasificar a una persona como obesa, se emplea la medición del peso o el cálculo de su IMC de acuerdo a como se ha establecido en Consensos Internacionales. Un IMC superior o igual a 30 kg/m² es indicativo clínico empleado a nivel mundial para determinar obesidad tanto en hombres como mujeres (3).

Se considera a una persona con sobrepeso a las que tengan un IMC entre 25 y 29.9 kg/m². Estos individuos tienen la posibilidad de presentar obesidad y se le conoce como una fase estática cuando permanecen en un peso constante con un equilibrio de energía neutral (3).

La obesidad (IMC = 30 kg/m²) es sistémica, crónica y multifactorial, no presente únicamente en potencias mundiales, afecta por igual a niños y adultos mayores, de diferentes razas y de todos los estratos sociales (4).

De acuerdo a la investigación llevada a cabo por el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington mostrada en el E A T Food Forum en Estocolmo, en la que miles de colaboradores en 133 países en la colaboración internacional que valora la salud y los factores de riesgo de 188 países, encontraron 2.200 millones de personas en 2015 a nivel mundial que presentaban sobrepeso, lo que traduce un 30% de los habitantes, de los cuales, 108 millones de infantes y 600 millones de adultos tenían un IMC en el umbral de la obesidad, que superaba los 30. Desde el año 1980, la obesidad se ha multiplicado en más de setenta países y ha aumentado frecuentemente, además que, en el caso de los niños, las cifras de obesidad de muchas partes del mundo superaron al de los adultos (5).

México prevalece en el 2do puesto en el mundo con obesidad en los adultos, lo que es 10 veces más que la de países como Corea y Japón. En cuanto a los niños nuestro país tiene el 4to puesto de incidencia mundial de obesidad, rebasado por Italia, Estados Unidos y Grecia. En México, más del setenta por ciento de los adultos presenta sobrepeso, esta prevalece mayormente en hombres que, en mujeres, en tanto que la de obesidad es mayor en mujeres que en hombres (6).

En 2016, de acuerdo a las estimaciones aproximadamente 41 millones de niños menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad. Aunque estas patologías se consideraban anteriormente una complicación propia de potencias mundiales, actualmente ambas patologías se desarrollan en los países de ingresos bajos y medianos, particularmente en entornos urbanos (8). En Chiapas, la situación es igualmente preocupante, se sabe que siete de cada 10 niños y niñas son obesos, La presencia de sobrepeso y obesidad en los menores de 5 años en Chiapas en 2012 fue de 8.3% con un reparto de 11.4%, en las zonas urbanizadas, y de 6.0%, en las rurales (9). La prevalencia de obesidad y sobrepeso en jóvenes es menor a la que se ha visto a nivel nacional, así que, aún se está a tiempo de tomar acciones preventivas para controlarla (10).

La obesidad es patología de muchos factores implicados en su origen tanto aspectos genéticos, metabólicos, psicosociales y del ambiente. La velocidad con que incrementa su prevalencia parece estar relacionarse con factores del medio ambiente (11). Clásicamente se establece que si los padres tienen obesidad la posibilidad de esta para para sus hijos será de 69 a 80%; si sólo 1 es obeso será de 41 a 50% y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para sus hijos será solo del 9%. Uno de los factores muy relacionados con este problema es el sedentarismo, el permitir que los infantes pasen muchas horas en la televisión, jugando videojuegos y no practiquen algún deporte, o jueguen al aire libre, lo predispone a un aumento importante de peso (12).

El sobrepeso en niños tiene como consecuencia complicaciones como HAS, síndrome metabólico de la infancia, hiperglucemia, incremento de los niveles de

colesterol LDL hipertrigliceridemia. Así mismo problemas como columna desviada o hiperlordosis, pie valgo, apnea del sueño y un tiempo no muy prolongado se asocia con la aparición de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, DM2(13).

Entre las enfermedades relacionadas al sobrepeso y obesidad, se mencionan a las involucradas con alteraciones en el metabolismo, como lo son la DM2, la dislipidemia, hígado graso y SOP. Otras patologías van en relación a cambios fisiológicos del sobrepeso, como la disnea, apnea nocturna y osteoartrosis, y finalmente, patologías dependientes del la baja autoestima y el rechazo de la sociedad al sobrepeso (14).

Una investigación elaborada por un conjunto de investigadores del Hospital Columbia Británica en Canadá, demostró que los infantes con sobrepeso a los 13 años de edad pueden manifestar datos de arterosclerosis, siendo este el primer indicio de algún tipo de cardiopatía; este estudio se realizó midiendo la flexibilidad de arteria aorta a través del USG en un grupo de niños; dicho descubrimiento se asocia con el riesgo de infartos y derrames cerebrales a edades tempranas (15).

En la educación durante etapas tempranas de la vida son imprescindibles las distinciones alimenticias para el desarrollo adecuado de los niños, la regulación automática de lo se ingiere y el establecimiento prácticas de consumo. El rol de las progenitoras es muy importante en la vigilancia del consumo de alimentos de sus hijos, y sus acciones pueden estar favorecidas por múltiples elementos (16).

La alimentación y el IMC de los progenitores se relaciona con hábitos alimenticios y el peso de su descendencia, y prácticas de alimentación sanas por parte de los padres, resulta un factor que los resguarda del exceso de peso, por lo que se piensa que los padres deberían ser la base de buen comportamiento alimentario para sus hijos, de manera que desplieguen rutinas alimenticias convenientes y decrementen la posibilidad de padecer obesidad o bajo peso ya que estos hábitos se logran durante la niñez son definitivos en las prácticas que los individuos llevan al llegar a su vida adulta (17).

Los factores del ambiente son los trascendentales para el consumo de alimentos, destacando los hábitos y tradiciones familiares, la influencia de la sociedad, el acceso a los alimentos, así como factores psicológicos. Existe certeza concreta de que las personas obesas ingieren habitualmente más alimentos ricos en grasas que las personas con normopeso (7 a 10). Las personas obesas presentan una afinidad por degustaciones derivadas de grasas. Esto sería la expresión de una propensión genética como una baja tasa de oxidación de grasa (18).

Los programas más efectivos para tratar la obesidad infantil son aquellos que integran diferentes estrategias, en especial aquellos que involucran intervenciones familiares (19). La cognición, las costumbres familiares y las relaciones interpersonales tienen una gran influencia sobre la adquisición, eliminación y mantenimiento de hábitos y estilos de vida saludables a largo plazo; además de que tiene una fuerte relación entre obesidad pediátrica y depresión, ansiedad, baja autoestima, afectación en la imagen corporal y auto concepto, perjudicando la salud emocional de los niños con obesidad (20).

El rol principal de progenitores en evitar la obesidad va en relación a la autoridad que poseen en los elementos psicológicos, sociales, físicos y del ambiente que perturban el peso de los infantes y al instituir en un prototipo de la conducta alimentaria (21).

La percepción se define como la edificación de distintivos mentales o caracteres de la realidad derivada por los sentidos. Por lo que la realidad que se percibe por los padres sobre el peso de sus descendientes podría ser distinta de la real o apreciación anatómica del niño (22).

Previamente se ha demostrado que más del 50% de los progenitores no observan bien el peso de sus hijos, argumentando en algunos casos la falta de conocimiento de esta patología, la aversión de las mamás por reconocer que su hijo es obeso; así mismo el no reconocer el sobrepeso u obesidad como complicación de la salud.

Además, se sabe que el menosprecio o sobrevaloración del peso de los niños por parte de los padres cambia conforme con la edad y género del infante, el nivel económico y raza de los progenitores (23).

La transmisión de las formas de alimentación entre los humanos se lleva a cabo primordialmente por la “vía femenina”; es decir la madre obtiene los conocimientos sobre de categorías y conceptos de alimentación de los niños por medio de su progenitora quien es a su vez abuela del niño (24).

La percepción de peso no debería perturbar la manera de alimentarse de la madre al no inquietarse por el peso actual de sus hijos, existen investigaciones que las madres de niños con obesidad y sobrepeso tienen un estado proporcionalmente bajo de inquietud acerca del peso de sus hijos pero están intranquilos que en su vida adulta sus descendientes tengan obesidad, lo cual sugiere que, si va en relación a la madre el exceso de peso del infante (en el presente o en el futuro) podría generar la inquietud de sus progenitores acerca el peso del infante (25).

Anteriormente los nutriólogos enfocados a salud pública han mostrado un gran interés por hallar indicios cuya investigación involucre pocos gastos y su aplicación en la práctica se facilite, además que sean capaces de encontrar a los grupos con riesgo de mala nutrición, ya sea por falta o por exceso de alimentación, inclusive hay escritores que han querido aprobar la imagen física como un indicio de percepción del tamaño corporal, y han planteado que el hecho de que los padres no identifiquen la situación de sobrepeso de sus hijos podría significar una incapacidad de los mismos de diferenciar el estado normal de uno anormal (26).

La percepción de las madres sobre la nutrición de sus hijos tiene diferencias significativas para el triunfo o el fracaso para prevenir el sobrepeso en los infantes, es por ello que las acciones para intervenir en programas de educación tienen éxito únicamente cuando las madres reconocen sobre los peligros de salud relacionados con el depósito excesivo de grasa (27). La percepción se relaciona con “una evaluación que las personas hacen a partir de datos sensoriales que han adquirido,

al ver y escuchar los modelos reveladores moldeados en la niñez, desde los cultural y social (28).

El transmitir los conocimientos acerca de alimentación se realiza a través de las progenitoras, es sabido que la alimentación en los niños es transmitida durante generaciones, haciendo susceptible a nueva madre a adquirir hábitos aprendidos anteriormente, por lo que la mayor parte de las veces inducen a un niño al sobrepeso (29).

Los niños escolares requieren una nutrición apropiada y suficiente en cantidades y calidades, para ayudar a un sano desarrollo, impedir la aparición de patologías y tener un buen estado físico. El sobrepeso y la obesidad durante la niñez ocasionan padecimientos cardiacos, dislipidemias, DM2, ERC, dificultad para respirar, riesgo de fracturas, depresión, baja autoestima y discriminación social; así mismo, se piensa que 40 % de los niños al ser adultos presentaran obesidad (30).

JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y la obesidad infantil constituyen un grave problema de salud, las cuales se han ido incrementando con el paso de los años, lo cual causa una enorme preocupación ya que se sabe que ambos son factores que condicionan directamente el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas como Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial.

México es uno de los países con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, los cuales se incrementan de manera acelerada y es desde la población infantil donde se ha visto el inicio de esta problemática, es por ello que existe gran preocupación debido a que se sabe que las generaciones nacidas en las últimas décadas pudieran tener una menor esperanza y calidad de vida por enfermedades asociadas a la obesidad y el sobrepeso.

Las madres de familia son piezas fundamentales en el desarrollo infantil, especialmente en cuanto a la nutrición, ya que son las encargadas de proveer los alimentos e inculcar hábitos saludables a los niños, por lo que resulta de gran importancia estudiar este aspecto más a fondo ya que son un elemento determinante para la presentación de obesidad y sobrepeso en etapas tan tempranas de la vida.

Por lo tanto, es útil detectar las fortalezas y debilidades que se tiene en las madres de este grupo etario, para así en un futuro, en la UMF número 11 del I M S S se diseñen estrategias específicas con el apoyo multidisciplinario de trabajo social, nutrición y médicos familiares enfocadas en la educación materna, con la finalidad de detener la incidencia de obesidad y sobrepeso en los niños que asisten a la unidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad constituye un problema de salud de mucha gravedad a nivel mundial que con el paso del tiempo ha dejado de ser una enfermedad poco habitual, y se ha convertido en una epidemia emergente, y un problema globalizado de gran impacto.

De acuerdo a la OMS, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el incremento de la grasa en el organismo, asociado a un incremento de riesgo para la salud y se confinan como un acumulo anormal o excesiva de grasa que puede dañar la salud. En 2016 se estimaba que unos 41 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos. Aunque el sobrepeso y la obesidad era considerado anteriormente un problema propio de los países de altos ingresos, se sabe hoy en día que estos padecimientos incrementan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.

En América latina la obesidad incide en 140 millones de vidas, lo que simboliza un 23% de la población total de la región. México es el país con la tasa de obesidad en adultos más alta en América Latina y tiene el 6to lugar en las listas de obesidad de niños y adolescentes, de acuerdo al nuevo informe de OMS. Esto es un dato alarmante debido a su afectación en población infantil, quienes por causa multifactorial desarrollan sobrepeso y obesidad, recientemente se ha visto una tendencia a encontrar más niños con estas características cuyas madres no se encuentran en buenas condiciones nutricionales, en especial aquellas madres con obesidad, ya que son incapaces de transmitir buenos hábitos higiénico- dietéticos a sus hijos que los ayude a la prevención de sobrepeso paralelamente, es por ello que la presente investigación se busca conocer ¿Cuál es nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de madres de niños de 6 a 8 años con obesidad y sobrepeso? Esto con el propósito de desarrollar estrategias específicas que ayuden a detectar pacientes con esta problemática en edades tempranas y poder prevenir complicaciones asociadas al sobrepeso a largo plazo.

OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso.

Objetivos específicos

1. Conocer la frecuencia de niños de 6 a 8 años que presentan sobrepeso y obesidad.
2. Determinar si el grado de obesidad de la madre influye sobre el grado de obesidad del hijo.

HIPÓTESIS

General

Las madres de los niños de 6 a 8 años con obesidad y sobrepeso tienen bajo conocimiento, malas percepciones y practicas acerca de la buena alimentación.

Hipótesis nula

Las madres de los niños de 6 a 8 años con obesidad y sobrepeso tienen buen conocimiento, buenas percepciones y practicas acerca de la buena alimentación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio realizado es un estudio sin riesgo, de tipo transversal, prospectivo, teniendo un universo de 4619 niños y niñas de 6 a 8 años de edad, con una muestra calculada con formula de poblaciones finitas de 358 niños.

Mediante la aplicación de pesquisas se encontraron los conocimientos, las percepciones y practicas alimentarias que presentan cada una de las madres, las respuestas se sometieron a una evaluación, identificando en primera instancia los puntos derivados en cada respuesta; después se calculó el puntaje total que alcanzaron las mamás de los infantes en el apartado de conocimientos así como en el de prácticas además de las percepciones alimenticias; obteniendo un puntaje con el cual se les dio un lugar en una escala de 5 niveles compuestos por: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo, para posteriormente prestar atención en la totalidad los conocimientos obtenidos, las percepciones que tenían y las prácticas alimentarias que realizaban las mamás de los infantes; posteriormente se analizó y demostró la relación que existe entre el peso de los niños y el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de sus madres; determinando con ello la fuerza de asociación entre las variables mencionadas.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio de investigación se sometió a una evaluación para ser aceptado por el comité local de investigación en salud N.703 y por el comité local de ética de investigación en salud N.7038 de la cd. de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de acuerdo con todos los procesos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud.

La investigación para la salud es precisa para permitir la mejora de los ejercicios dirigidos a resguardar, promover y restablecer la salud de las personas y la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para aumentar su eficiencia, conforme a las bases establecidas en la presente ley.

El avance de la investigación para la salud debe tener en cuenta aspectos éticos que avalen la dignidad e integridad de las personas que se encuentren en investigación.

Que el avance de la investigación para la salud necesita dejar claro criterios competentes para normar la aplicación de rutinas en relación al buen uso de los recursos que para ello se destinan.

Que sin limitar la libertad de los científicos, en caso de que el trabajo de investigación se lleve a cabo en humanos y la que emplee materiales o procedimientos que impliquen un peligro, es necesario apearse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad admitidas, así como en la investigación en seres humanos de nuevos recursos preventivos, de diagnósticos terapéuticos, deben estar sometidos a un control para obtener mayor eficacia y evitar peligros a la salud de los participantes, por lo cual se ha decidido consignar lo siguiente:

Artículo 2º: Para los fines de este reglamento, cuando se mencione a la “Ley” a la “secretaría” y a la “Investigación”, se concebirá referente a Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

Artículo 3º: La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que ayuden:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de las relaciones entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos perjudiciales del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se aconsejan o empleen para la prestación de servicios de salud.
- VI. A la producción de recursos para la salud.

En materia de Investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I.

Artículo 13; En toda investigación que se lleve a cabo con seres humanos deberá realizarse conforme las siguientes bases:

- I. Se pactará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán predominar las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud con relación al art. 114 del presente reglamento con comprensión y práctica para cuidar la integridad del participante, con el compromiso de una institución de

atención a la salud que actué bajo la inspección de las autoridades sanitarias correspondientes y que cuente con los recursos humanos y materiales que respondan en el bienestar del sujeto de investigación.

- VII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la Secretaría de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este reglamento.

Artículo 15: Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, deberá usarse sistemas aleatorios de selección para tener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberá tomar las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a los sujetos de investigación.

Artículo 16: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del participante, reconociendo al mismo únicamente cuando los resultados lo necesiten y este los faculte.

Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la posibilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como resultado inmediato o tardío del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que usan técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se ejecuta ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensibles de su conducta.

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que utilizan el riesgo de datos empleando procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento de rutina, entre los que se encuentran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; EKG, toma de temperatura, recolección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de LA al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes

deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de 2 veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en 2 meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en las que la probabilidad de afectar al participante son altas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos equipos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasivas o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros

Artículo 20: Se entiende por consentimiento informado al acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o su representante legal autoriza su colaboración en la investigación, con total conocimiento sobre la naturaleza de los procedimientos y peligros a los que se someterá, con la facultad de libre elección y sin imposición alguna.

Este estudio tendrá base en los 13 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; "Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas" Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48 Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52 Asamblea General

en Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59 Asamblea General en Seúl, Corea, en octubre del 2008 y la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil en octubre 2013.

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial asocia al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

2. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. El progreso de la medicina esta basada en la investigación la cual, debe incluir estudios en seres humanos.

4. El objetivo principal de la investigación médica en seres humanos es entender las causas, evolución y consecuencias de las enfermedades y mejorar las acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

7. En la investigación médica, es obligación del médico salvaguardar la vida, la salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, la intimidad y confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la proteger a las personas que forman parte en

la investigación recae siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

8. Los médicos deberán tener en consideración las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus países, así como las normas y estándares internacionales actuales. No debe permitirse que un requerimiento ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine alguna medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en la presente declaración.

9. La investigación médica debe realizarse de manera que disminuya al mínimo el posible daño al medio ambiente.

10. La investigación médica en humanos se llevará a cabo sólo por personal con niveles de educación, formación y apreciaciones científicas y éticas apropiadas. En pacientes o voluntarios sanos la investigación requiere la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

11. Los grupos que se encuentran sub representados en la investigación médica deben tener una dirección apropiada a la participación en la investigación.

12. El médico que acuerda la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación únicamente en el caso en que esto confirme un justificado valor viable preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenos motivos para creer que la participación en el estudio no afectará negativamente la salud de los pacientes que forman parte en la investigación.

13. Se debe asegurar compensación y tratamiento adecuados para las personas que son afectadas durante su participación en la investigación

14. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, el total de las intervenciones involucran algunos riesgos y costos. La investigación médica en humanos sólo debe llevarse a cabo cuando la relevancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para el participante de la investigación.

15. Toda investigación médica en humanos debe ser antepuesto de una metódica comparativa de los riesgos, los costos para los participantes y los grupos involucrados en la investigación, en comparación con los beneficios predecibles para ellos y para otras personas o grupos perjudicados por el padecimiento que se

investiga. Se deben realizar medidas para disminuir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser revisados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

16. Los médicos no deben formar parte de estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido correctamente evaluados y de que es posible hacerles frente con éxito. Cuando los riesgos que involucran son mayores que los beneficios esperados o si hay pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden de inmediato el estudio.

Así también, el acuerdo por lo que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud Pública en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984, y los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1ro de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

- Médico residente investigador.
- Medico asesor.
- Niños de 6 a 8 años asistentes al turno matutino y vespertino de la UMF #11, Tapachula Chiapas.

Recursos físicos y materiales:

- Instalaciones del UMF #11 Tapachula Chiapas, área de consulta externa ambos turnos.

- Hojas blancas para tabla de recolección de datos, lápices y plumas, computadora, impresora, tinta para impresora, báscula clásica con estadímetro.

Recursos financieros:

El costo para la realización de este estudio corrió a cuenta del médico residente investigador.

Factibilidad:

El estudio realizado no representó dificultad de recursos en general ya que se contó con la infraestructura necesaria y disponibilidad del investigador para llevar a cabo la tarea propuesta en este protocolo de investigación.

PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del trabajo se entregó un documento al director de la UMF 11 del IMSS Tapachula, Chiapas, solicitándole su autorización para trabajar con madres de niños de 6 a 8 años, posteriormente previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta con fines de investigación haciendo una entrevista directa a las madres de todos los niños de 6 a 8 años, asegurando el anonimato y confiabilidad de la información, otorgándole relevancia a su participación.

Es importante hacer mención que esta investigación posee absoluta confiabilidad, se llevó a cabo la medición de peso y talla a todos los participantes de 6 a 8 años

de edad que se encontraban al área de consulta externa de la UMF 11 en turno matutino y vespertino además se entrevistaron a las madres de dichos niños que participaron en el estudio durante el periodo.

Los datos se recolectaron y se vaciaron en un instrumento de recolección de datos validado por Alva v. (15), en el año 2014 validado a través del coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach logrando un puntaje de 0.824. La validez de contenido la otorgaron 3 expertos en nutrición, quienes realizaron un juicio de expertos, examinando cada uno de los apartados correspondientes a los 3 componentes que presentaron en las encuestas, teniendo como la primera: las características sociodemográficas, después los conocimientos alimentarios y las practicas alimentarias y la 3ra las percepciones alimentarias; para lo cual los elaboradores tomaron en cuenta el objetivo principal, que era el de evaluar que el contenido de cada uno de los apartados sea conveniente para obtener información sobre las dimensiones antes mencionadas; tomando en cuenta lo anterior los elaboradores evaluaron 4 características: la relevancia estableciendo si el apartado era de importancia para ser incluido; la coherencia estableciendo si el ítem tenía relación lógica con el apartado al que pertenece; la claridad con la cual determinaron si cada elemento era expuesto de manera clara y descifrable; y la competencia con la cual establecieron si los ítems pertenecientes a cada apartado eran suficientes para medir cada dimensión en la que estaban contenidas; como resultado los expertos eliminaron algunas preguntas irrelevantes, y se cambiaron algunos términos usados; por lo que quedó establecido el interrogatorio concluyendo que las dimensiones y los elementos eran adecuados para los fines del estudio.

Cada categoría nominal de las variables se codificó; las respuestas acertadas dentro del apartado de conocimientos equivalen a 2 puntos en tanto que las incorrectas tienen el valor de 1; el puntaje máximo 36 puntos. Así mismo se catalogaron las preguntas para el conjunto relacionado a prácticas alimentarias; a las repuestas se les otorgó un puntaje del 1 a 5, siendo 1 para la opción menos apropiada y 5 para la más adecuada; de la misma forma se siguió con el grupo de preguntas sobre percepciones alimentarias.

Las puntuaciones proporcionadas a los conocimientos alimentarios fueron evaluadas a través de percentiles, de tal manera que el percentil 50 respondía al puntaje 33.

Los niveles de conocimiento fueron clasificados en cinco grupos:

- Muy bueno 36 p 95
- Bueno 34 – 35 p 75
- Regular 32 – 33 p 50
- Malo 30 – 31 p 25
- Muy malo 21 – 29 p5

Para la cuantía de las respuestas en el área de prácticas y de percepciones alimentarias se añadieron los valores derivados en cada pregunta, obteniendo el puntaje mínimo de la multiplicación del número de ítems o preguntas por 1; en tanto que el puntaje máximo resultó de multiplicar el número de ítems por 5; teniendo así los puntajes extremos, que en el área de prácticas alimentarias el puntaje mínimo correspondió a 21 y el máximo a 100; en tanto que en el área de percepciones alimentarias el puntaje de menor valor fue de 12 y el máximo a 55.

De la misma manera se continuó con los conocimientos, para la evaluación de las prácticas alimentarias y las percepciones alimentarias además se empleó el mismo medio de evaluación mediante percentiles.

Correspondiendo para el área de prácticas alimentarias los siguientes 38 puntajes:

- Muy bueno 76 - 100 p 95
- Bueno 66 - 75 p 75
- Regular 57 - 65 p 50
- Malo 45 - 56 p 25
- Muy malo 21 - 44 p5

Correspondiendo para el área de percepciones alimentarias los siguientes puntajes:

- | | | | |
|--------------------------|-----------|---------|------|
| <input type="checkbox"/> | Muy bueno | 49 - 55 | p 95 |
| <input type="checkbox"/> | Bueno | 45 - 48 | p 75 |
| <input type="checkbox"/> | Regular | 38 - 44 | p 50 |
| <input type="checkbox"/> | Malo | 28 – 36 | p 25 |
| <input type="checkbox"/> | Muy malo | 12 - 27 | p5 |

Medición antropométrica: corresponde a medir el peso y talla de los niños para determinar el IMC; el resultado obtenido se trasladó a las tablas de percentiles de acuerdo la edad y el sexo según corresponda, clasificándolos como bajo peso a los niños con percentil menor de 5, peso saludable con percentil de 5 hasta por debajo del percentil 85, sobrepeso con percentil 85 hasta por debajo del percentil 95 y obesidad cuando el percentil sea igual o mayor a 95.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Madres con niños y niñas de 6 a 8 años de edad
- Madres con niños y niñas con obesidad
- Madres con niños y niñas derechohabientes de la consulta externa, de medicina familiar de ambos turnos.
- Madres que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Niños y niñas que estaban adscritos a otra unidad de medicina familiar.
- Niños y niñas que no estuvieron presentes en el momento de la aplicación de la encuesta.
- Madres que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Madres de niños que no contestaron el cuestionario completo.
- Niños y niñas que durante el estudio cambiaron de adscripción o fueron dados de baja del IMSS.

Definición de variables

Variables

- Conocimientos sobre alimentación que poseen las madres de niños de 6 a 8 años de edad. (V. independiente)
- Percepciones sobre alimentación que poseen las madres de niños de 6 a 8 años de edad. (V. independiente)
- Prácticas sobre alimentación que realizan las madres de niños de 6 a 8 años de edad. (V. independiente)
- Variable dependiente obesidad y sobrepeso del niño.

| Variables | Tipo de variables | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición |
|-----------------------|--------------------------|--|--|--|
| Obesidad y sobrepeso. | Numérica. | El sobrepeso y la obesidad se define como una acaparamiento anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. | La obesidad es IMC igual o superior a 30, con un percentil igual o mayor a 95. | Índice de masa corporal y tablas de percentiles de la OMS. |
| Edad. | Numérica. | Grupo de individuos que se distinguen por pertenecer al mismo rango de edad. | Edad de la madre. | En años. |
| Conocimientos. | Categorica. | Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. | La noción sobre los alimentos que las personas deben incluir en su dieta para responder a las necesidades del organismo. | Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo. |

| | | | | |
|-------------|-------------|--|--|--|
| Prácticas. | Categórica. | Ejercicio o realización de una actividad de forma continuada y conforme a sus reglas. | Acciones la asociación de hábitos, usos, costumbres, estilos, incluidos en un modelo que los dirige a seleccionar y preparar alimentos para el consumo | Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo. |
| Percepción. | Categórica. | Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos. | Conjunto de ideas o la apreciación que el individuo ha formado en relación a la alimentación. | Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo. |

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos, se realizó usando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales SPSS del inglés *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 22.0; para procesar los datos nominales primero se codificaron numéricamente y luego serán ingresados al programa SPSS, procediendo a hacer uso de la estadística descriptiva obteniéndose la frecuencia relativa y absoluta de todos los datos; para que en base a ello se proceda a estimar el nivel de conocimientos, nivel de prácticas y percepciones obtenidas por la madres en forma unidiferencial y grupal, así mismo se procesaran tablas de contingencia que permitieron mostrar una información comparativa entre el grupo de madres de niños con peso normal respecto de las madres de niños con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se presenta el cronograma de actividades.

| Cronograma de actividades | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|---|---|-------------|---|---|-----------------|---|---|--------------------------|---|---|----------------|---|---|---|
| | Julio 2020 | | | Agosto 2020 | | | Septiembre 2020 | | | Octubre – Noviembre 2020 | | | Diciembre 2020 | | | |
| 1.- Búsqueda bibliográfica | R | R | R | | | | | | | | | | | | | |
| 2.- Diseño del protocolo | | | | R | R | R | | | | | | | | | | |
| 3.- Aprobación del protocolo | | | | | | | P | P | P | | | | | | | |
| 4.- Ejecución del protocolo y recolección de datos | | | | | | | | | | P | P | P | | | | |
| 5.- Análisis de datos y elaboración de tesis | | | | | | | | | | | | | P | P | P | P |

R=realizado

R=pendiente

RESULTADOS

Características demográficas y antropométricas de los participantes

Se incluyeron 358 niños de 6 a 8 años de edad y sus madres. La edad media de los niños fue 7.0 ± 0.8 años. El 34.1% tenían 6 años ($n=122$), el 33.5% 7 años ($n=120$) y el 32.4% tenían 8 años ($n=116$), Figura 1. De estos, el 57.8% eran masculinos ($n=207$) y el 42.2% eran femeninos ($n=151$), Figura 2.

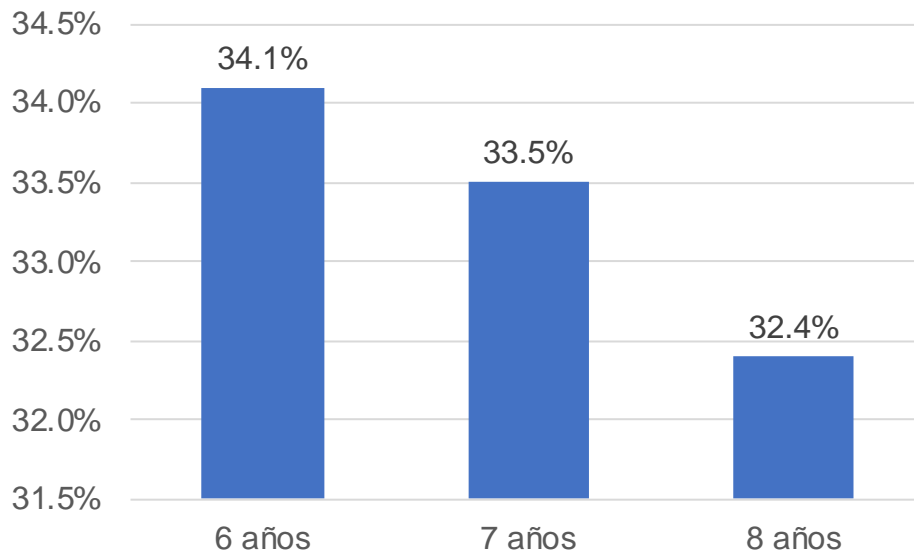


Figura 1. Clasificación de los pacientes por edad.

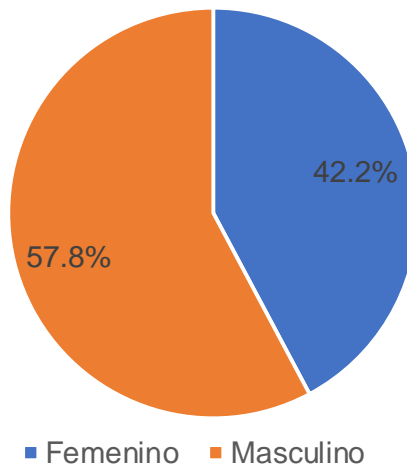


Figura 2. Sexo de los niños participantes.

Al clasificar a los niños por categorías del IMC, el 3.9% tenían peso bajo, el 68.7% normopeso, el 20.7% sobrepeso y el 6.7% obesidad. Es decir la frecuencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 27.4% (Figura 3).

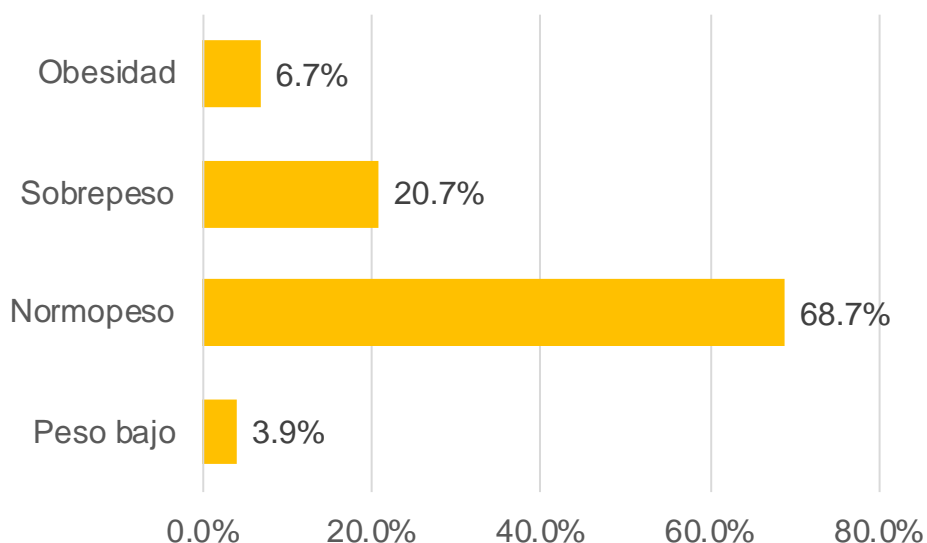


Figura 3. Frecuencia de sobrepeso, obesidad y otras categorías de estado nutricional.

Evaluación del conocimiento de las madres sobre alimentación

Enseguida se evaluó el conocimiento de las madres sobre alimentación, encontrando que el percentil medio en el dominio conocimiento fue 32.5 ± 2.8 (mínimo 24- máximo 36). Con base en los percentiles se clasificó el grado de conocimientos en muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno. El 6.1% tenían muy mal conocimiento (n=22), el 12.8% mal conocimiento (n=46), el 32.7% regular conocimiento (n=117), el 35.5% buen conocimiento (n=127) y el 12.8% muy mal conocimiento (n=46; Figura 4).

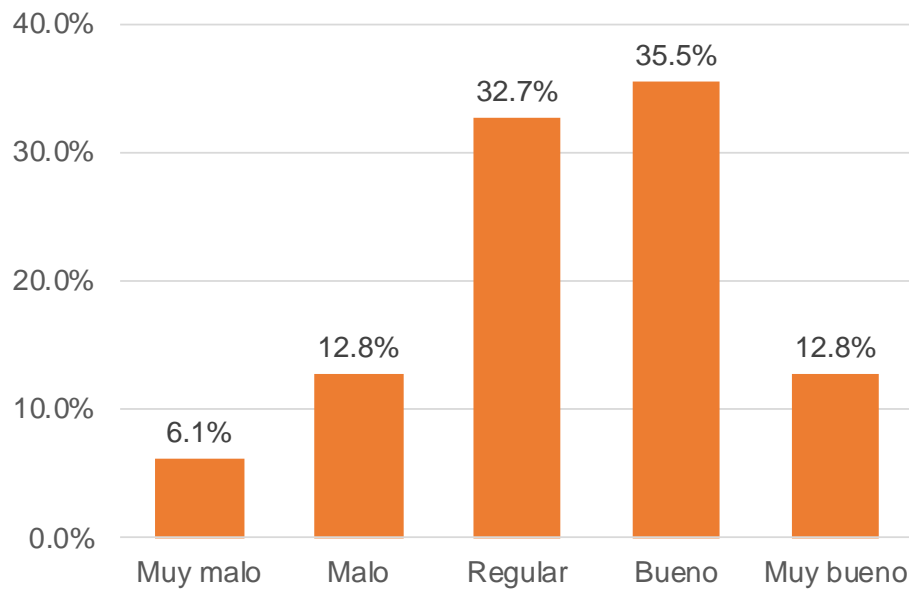


Figura 4. Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación.

Evaluación de las percepciones de las madres sobre alimentación

Posteriormente, se evaluaron las percepciones de las madres sobre alimentación encontrando una percentil medio en el dominio percepciones de 63.0 ± 8.6 (puntaje mínimo 40 y máximo 90). Al clasificar las percepciones según el percentil obtenido, el 3.1% tenían muy malas percepciones ($n=11$), el 8.4% malas percepciones ($n=30$), el 50.3% regulares percepciones ($n=180$), el 35.2% buenas percepciones ($n=126$) y el 3.1% muy buenas percepciones sobre alimentación ($n=11$; Figura 5).

Evaluación de las prácticas de las madres sobre alimentación

Al evaluar el dominio de prácticas sobre alimentación, el percentil medio fue 66.0 ± 9.4 (mínimo 40 y máximo 90). Al clasificar las prácticas sobre alimentación con base en el percentil obtenido, en el dominio prácticas sobre alimentación, las prácticas fueron muy malas en el 0.8%, malas en el 10.9%, regulares en el 27.9%, buenas en el 54.2% y muy buenas en el 6.1%, de acuerdo con la percepción de las madres (Figura 6).

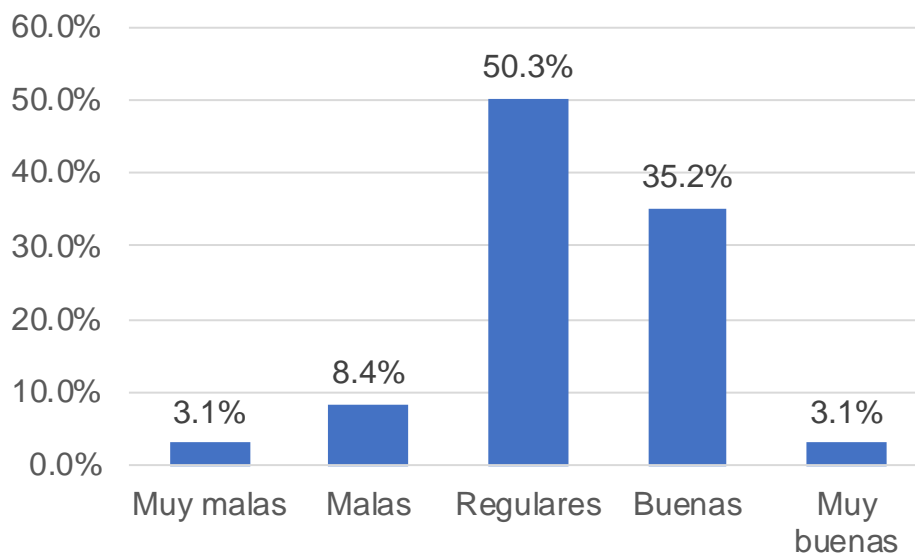


Figura 5. Percepciones de las madres sobre alimentación.

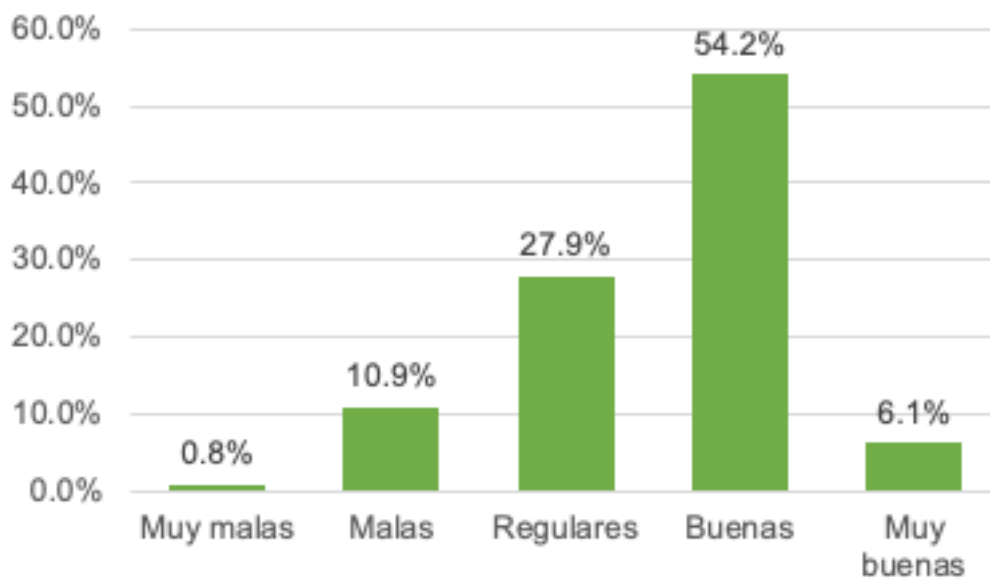


Figura 6. Clasificación de las prácticas sobre alimentación.

Asociación del conocimiento, percepciones y prácticas de la madre con sobrepeso y obesidad

Se evaluó la asociación del conocimiento, percepciones y prácticas de la madre con el estado nutricional del niño. Para ello, primero se comparó la frecuencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de conocimiento sobre alimentación de las madres. La frecuencia de sobrepeso y obesidad fue significativamente mayor en niños hijos de madres con un conocimiento malo (31.8% y 13.6%, respectivamente) o muy malo (26.1% y 10.9%, respectivamente) que en los hijos de madres con un muy buen conocimiento sobre alimentación (4.3% y 0%, respectivamente; $p < 0.001$), Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de la frecuencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación (n=358)

| Nivel de conocimiento | Frecuencia de sobrepeso, % | Frecuencia de obesidad, % | Valor de p* |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Muy malo | 31.8 | 13.6 | <0.001 |
| Malo | 26.1 | 10.9 | |
| Regular | 27.4 | 5.1 | |
| Bueno | 16.5 | 7.9 | |
| Muy bueno | 4.3 | 0.0 | |

**Chi-cuadrada*

Enseguida, se comparó la frecuencia de sobrepeso y obesidad según las percepciones sobre alimentación de las madres. Se encontró mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad entre los hijos de madres con muy malas (45.5% y 9.1%, respectivamente) y malas percepciones (20% y 10%, respectivamente) sobre alimentación, que entre los hijos de madres con buenas (17.5% y 4.8%, respectivamente) y muy buenas (0% y 0%, respectivamente) percepciones sobre alimentación ($p < 0.001$, *Chi-cuadrada*; Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la frecuencia de sobrepeso y obesidad según las percepciones de la madre sobre alimentación (n=358)

| Percepciones sobre alimentación | Frecuencia de sobrepeso, % | Frecuencia de obesidad, % | Valor de p* |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Muy malo | 45.5 | 9.1 | <0.001 |
| Malo | 20.0 | 10.0 | |
| Regular | 22.8 | 7.8 | |
| Bueno | 17.5 | 4.8 | |
| Muy bueno | 0.0 | 0.0 | |

**Chi-cuadrada*

Finalmente, se comparó la frecuencia de sobrepeso y obesidad según las prácticas de alimentación de las madres, encontrándose que la frecuencia de sobrepeso y obesidad fueron significativamente menores en los niños con muy buenas prácticas de alimentación de la madre (4.5% y 0%) que en los niños con madres con prácticas de alimentación de la madre deficientes (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de la frecuencia de sobrepeso y obesidad según las las prácticas de alimentación de la madre (n=358)

| Prácticas de alimentación | Frecuencia de sobrepeso, % | Frecuencia de obesidad, % | Valor de p* |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Muy malo | 33.3 | 0.0 | 0.018 |
| Malo | 20.5 | 10.3 | |
| Regular | 26.0 | 11.0 | |
| Bueno | 19.6 | 4.6 | |
| Muy bueno | 4.5 | 0.0% | |

**Chi-cuadrada*

DISCUSIÓN

Se ha reportado que, las prácticas de crianza durante los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de las preferencias alimentarias, la autorregulación de la ingesta y el establecimiento de hábitos de consumo(16). Por ello, en el presente estudio, se determinó el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad, con la finalidad de determinar si los conocimientos, percepciones y prácticas se asocian con la frecuencia de sobrepeso y obesidad, encontrando algunos hallazgos que se analizan a continuación.

En primer lugar, es de destacar que la frecuencia de sobrepeso y obesidad fue baja (27.4%), la cual en comparación con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) es inferior a la media nacional, ya que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la ENSANUT 2018 fue de 35.8% en niños de 5-11 años(31).

En segundo lugar, al evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación, se encontró que casi 5 de cada 10 madres tenían un conocimiento bueno o muy bueno y 3 de cada 10 un conocimiento regular sobre alimentación, lo que indica que en 8 de cada 10 casos el conocimiento no es malo, lo cual es importante porque como se mencionó anteriormente, los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de las preferencias alimentarias, la autorregulación de la ingesta y el establecimiento de hábitos de consumo(16). Sin embargo, existen áreas de oportunidad para mejorar el conocimiento de las madres sobre alimentación, ya que solamente 12.8 de cada 100 madres tenían un conocimiento muy bueno.

Estudios previos, como el realizado por Gamarra y cols. en pacientes de una comunidad de Lima, Perú han encontrado que las madres tienen un nivel de conocimiento alto (81%) y actitudes favorables (66.7%) sobre alimentación infantil, así como buenas percepciones sobre la alimentación, lo cual coincide con lo encontrado en nuestro estudio(32).

Solamente 1 de cada 10 madres tenían muy mala o mala percepción sobre alimentación y malas o muy malas prácticas sobre alimentación. El restante tuvieron regulares, buenas o muy buenas percepciones y prácticas sobre alimentación, Incluso, seis de cada 10 madres participantes consideraba tener buenas o muy buenas prácticas de alimentación. Lo cual coincide también con el reporte de Gamarra y cols. quienes reportaron que dos terceras partes de las madres tenían actitudes favorables sobre alimentación infantil(32).

Finalmente, evaluar la relación del conocimiento, percepciones y prácticas alimentarias con el estado nutricional del niño, se encontró que a peor conocimiento, percepciones y prácticas alimentarias la frecuencia de sobrepeso y obesidad fue significativamente mayor, y visceversa, entre los niños de madres con bueno y muy buen conocimiento, percepciones y prácticas alimentarias la frecuencia de sobrepeso y obesidad fue significativamente menor e incluso cercanas a cero. Lo que permite establecer que la madre influye importantemente en las preferencias y prácticas alimentarias del niño y por lo tanto, es fundamental que la madre tenga buenos y muy buenos conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias porque ello beneficiará a sus hijos.

Estudios previos, como el realizado por han encontrado que a mejor conocimiento de las madres sobre nutrición la frecuencia de niños nutricionalmente sanos es mayor (33).

Por su parte, Ruiz de la Fuente y cols. evaluaron la relación del estado nutricional de escolares de 9 años con el conocimiento en alimentación saludable, nutrición y percepción de sus madres en colegios particulares. Encontraron una prevalencia mucho mas elevada de sobrepeso y obesidad (67.8%) que entre los niños de nuestro estudio. No encontraron relación del conocimiento sobre alimentación saludable de la madre con el estado nutricional del niño a diferencia de nuestro estudio; aunque la percepción materna sobre alimentación y obesidad si se asociaron significativamente, lo cual es similar a lo reportado en nuestro estudio (34).

Por lo tanto, si bien existen pocos estudios que evalúan la asociación del nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de las madres con sobrepeso y obesidad de niños en edad escolar, los resultados de nuestro estudio y los reportados en la literatura apoyan que a menor conocimiento, percepciones y prácticas alimentarias de las madres es mayor la frecuencia de sobrepeso y obesidad.

Por lo tanto, es importante educar a las madres para poder combatir la obesidad infantil, ya que se ha demostrado que la percepción de las madres con respecto al peso de sus hijos influye en la progresión de la obesidad, debido que tienden a infravalorar el peso de sus vástagos durante el control de crecimiento en la consulta y por lo tanto empiezan a sobrealimentarlos sin registro alguno, lo que culmina en un desbalance nutricional y en un incremento de su IMC (35).

CONCLUSIONES

El conocimiento, las percepciones y las prácticas sobre alimentación fueron de regular a muy buenas en mas del 80% de las madres de los niños de 6-8 años.

Hubo significativamente una mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad entre los niños de madres con conocimiento, percepciones y prácticas sobre alimentación malos ó muy malos.

Por lo tanto, se recomienda implementar medidas para mejorar el conocimiento, las percepciones y prácticas sobre alimentación de las madres, para que los niños tengan un estado nutricional óptimo y sea menos la frecuencia encontrada estadísticamente de sobrepeso y obesidad.

REFERENCIAS

1. OMS. El tiempo. 12 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/vida/salud/informe-de-la-oms-de-2017-sobre-la-obesidad-infantil-en-el-mundo-140680>
2. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Obesidad en México. 2010. 43(27).
3. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. Rev Med Clín Conder. 2012. 23(2).
4. Cruz B. Escenario actual de obesidad en México. Rev Med Inst Mex del Seg Soc. 2013. 51(3).
5. Promoción de la salud. Consultado 06 diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=25603>
6. Davila J, Gonzalez J, Barrera A. Panorama de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2015. 53(2): 240-9
7. Gutierrez J, Rivera J, Shamaha L, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2012. Resultados Nac. 2012.
8. OMS. (consultado: 18 de MAYO de 2018) Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
9. Encuestas INSP. Ensanut. (consultado: 23 de Abril de 2018). Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/Chiapas-OCT.pdf>.
10. Vázquez W. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de Bachillerato de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. 2012. (1)1.
11. Reilly J, Wilson D. Obesidad en la niñez. BJM. 2006. (333): 1207-1210.
12. Dura T, Sánchez F. Obesidad infantil: un problema de educación individual, familiar o social. Acta Ped española. 2005. 63
13. Reyna L. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev Ped Med Exper. 2012. 29(357-60)
14. Arteaga A. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. Rev med Clin Condes. 2012. 23(2):145-153.

15. Alva A. Conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de madres de escolares con exceso de peso de 6 a 8 años de edad de tres colegios públicos del Cercado de Lima agosto - septiembre 2014. 2014.
16. Hernández S. Factores relacionados con las practicas maternas de control alimentario. Act de Invest y Psic. 2013. 3(3): 1298-1310.
17. Ritchie L, Crawford P, Woodward G, Ivey S, Masch M, Ikeda J. Prevention of childhood overweight what should be done?. 2001.
18. Carrasco F, Galgani F. Etiopatogenia de la obesidad. 2012. 23.
19. Ball G, Ambler K, Keaschuk R, Rosychuk R, Holt N, Spence J, et al. Parents as agents of change in pediatric weight management: The protocol for the PAC randomized clinical trial. BMC Ped. 2012.
20. Ortega D, Noguera J, Aguilar H. Diseño de intervención cognitivo conductual para mejorar hábitos alimenticios y actividad física en niños de edad escolar con obesidad. Ver de la Invest Cient. 2016. 2(1).
21. Knowlden A, Sharma M. Systematic review of family and home-based interventions targeting paediatric overweight and obesity. Obesity Rev. 2012. 13(6).
22. Zonana A, Conde M. Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos. Gac Méd Méx. 2010. 146(3).
23. Angarita A, Martínez A, Rangel C, Betancourt M, Prada G. Determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca. Rev Chil Nutr. 2012. 41(4).
24. Osorio J, Weisstaub G, Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr. 2002. 29(3).
25. Cabrera N, Rolón R, Garcete L, Cristina M, Arredondo M, Pizarro F. Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. Ped. 2013. 40(3).
26. Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle S. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. Eur Jou of Clin Nut. 2010. 64(3).

27. Madrigal H, Irala J, Martínez M, Kearney J, Gibney M, Martínez J. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Sal Púb de Méx.* 1999. 41(6).
28. Giorano S, Lía M. Percepción de las madres del estado nutricional de sus niños en una escuela primaria de Cachi (Salta, Argentina). *Cien e Inv Méd Est Lat.* 2012. 17(1).
29. Vigo A. Percepción y conocimientos de las madres sobre el estado nutricional asociado a sobrenutrición en niños de 3 a 5 años. 2018.
30. Jiménez T, Álvarez A, Bañuelos Y, Hernández V, Sánchez M, Muñoz L. Percepción materna y estado de peso del hijo escolar en una comunidad rural. *Rev Iber de las Cien de la Sal.* 2018. 7(13).
31. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2018. Secretarías de Salud. México: 2019.
32. Gamarra- Atero R, Porroa-Jacobo M, Quintana-Salinas M. Determinar el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso.
33. Marini A, Alcazar L, Wallker I. El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños. En: GRADE. *Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo.* Editorial GRADE. Perú: 2011.
34. Ruiz de la Fuente M, Torres Caro A, Lara Quezada C, Torres Muñoz F, Rodríguez Fernández A, Parra Flores J. Estado nutricional de escolares de 4.º año de enseñanza básica y su relación con el ingreso económico, conocimiento en alimentación saludable, nutrición y percepción de sus madres. *Persp Nutric Hum.* 2016; 18(2): 143-153.
35. Flores-Silva CH. Educación a las madres para combatir obesidad infantil. *Rev Mex Ped.* 85(5): 187.

Anexos

Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|---|
| Nombre del estudio: | Conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de madres de niños de 6 a 8 años con obesidad y sobrepeso en la UMF número 11, Tapachula, Chiapas |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | U.M.F. No. 11 , Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas. |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Determinar el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso. |
| Procedimientos: | Se realizará aplicación de un cuestionario- encuesta así como la toma de peso, talla e IMC de madres e hijos. |
| Posibles riesgos y molestias: | Sin riesgos. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Que el paciente evaluado, obtenga en base a los resultados del cuestionario aplicado, para adquirir conocimientos acerca de la nutrición adecuada de los niños. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Grupal de manera confidencial, además de ofrecer una capacitación a los pacientes que tengan malos estilos de vida para evitar las complicaciones futuras en sus hijos. |
| Participación o retiro: | Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. |
| Privacidad y confidencialidad: | La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad. |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |
|--|---|

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

| | |
|---------------------------|---|
| Investigador Responsable: | Dra. Alejandra Guadalupe Ulloa López (alex_luna07@hotmail.com) Matricula: 98076304 Cel.9621141575 |
| Colaboradores: | Dr. Francisco Javier González Altuzar (driavieraltuzar@hotmail.com) Matricula: 11619848 Cel.9622215040 |

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.qob.mx

| | |
|---|--|
| _____ Nombre y firma del participante | _____ Dra. Alejandra Guadalupe Ulloa López Nombre y firma del Investigador |
| Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma | Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma |

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|--|
| Nombre del estudio: | Conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de madres de niños de 6 a 8 años con obesidad y sobrepeso en la UMF número 11, Tapachula, Chiapas |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | U.M.F. No. 11 , Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Determinar el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso. |
| Procedimientos: | Se realizará aplicación de un cuestionario- encuesta así como la toma de peso, talla e IMC de madres e hijos. |
| Posibles riesgos y molestias: | Sin riesgos |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Que el paciente evaluado, obtenga en base a los resultados del cuestionario aplicado, para adquirir conocimientos acerca de la nutrición adecuada de los niños. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Grupal de manera confidencial, además de ofrecer una capacitación a los pacientes que tengan malos estilos de vida para evitar las complicaciones futuras en sus hijos |
| Participación o retiro: | Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.. |
| Privacidad y confidencialidad: | La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad. |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Alejandra Guadalupe Ulloa López (alex_luna07@hotmail.com) Matricula: 98076304
Cel.9621141575

Colaboradores: Dr. Francisco Javier González Altuzar (drjavieraltuzar@hotmail.com) Matricula: 11619848
Cel.9622215040

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 18 años)

NOMBRE DEL ESTUDIO: Conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de madres de niños de 6 a 8 años con obesidad y sobrepeso en la UMF número 11, Tapachula, Chiapas.

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL En trámite.

OBJETIVO DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTOS: El objetivo es determinar el nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso. Se realiza la toma de peso y talla de todos los niños de 6 a 8 años de edad y se aplicaran encuestas a las madres.

Hola, mi nombre es Alejandra Guadalupe Ulloa López y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer El nivel de conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias en las madres de niños de 6 a 8 años de edad con obesidad y sobrepeso. y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en la medición de tu peso y talla.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene asentimiento: Alejandra Guadalupe Ulloa López

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014



Instrumento

Cuestionario de conocimientos, percepciones y practicas alimentarias

I.- Características sociodemográficas

Instrucciones: lea cuidadosamente cada una de las preguntas y seleccione la respuesta que le parezca más correcta, colocando una X dentro del paréntesis.

Fecha: _____

Algunos datos sobre usted y su hijo/a

Sexo del niño: Mujer () Hombre ()

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nivel de educación de la madre o persona que está a cargo del niño/a

Sin estudios ()

Primaria ()

Secundaria ()

Preparatoria ()

Licenciatura ()

II.- Exploración física del niño/a

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

III.- Preguntas sobre alimentación

1.- ¿El niño/a lleva alimentos a la escuela para comerlos a la hora del recreo?

No lleva ()

Lleva 1 a 2 días a la semana ()

Lleva 3 días a la semana ()

Lleva todos los días ()

2.- ¿El niño/a lleva dinero a la escuela para comprar a la hora del refrigerio?

Si () No ()

3.- ¿El niño/a consume alguno de estos productos en el colegio? (puede marcar mas de una opción)

Bebidas azucaradas, jugo de caja, refrescos embotellados, otras ()

Snack salados como: papitas, galletas saladas, otros ()

Snack dulces como: caramelos, gomitas, galletas dulces, otros ()

Fruta ()

Pan ()

Leche ()

Yogur ()

Marca con una "X" la opción que parezca correcta

1. Las frutas y verduras contienen fibras y antioxidantes que son buenos para la salud.
V () F ()
2. Las fuentes de los alimentos se encuentran en los vegetales, animales y el agua.
V () F ()
3. Las proteínas, los carbohidratos y las grasas se encuentran en los alimentos.
V () F ()
4. El aceite de las frutas y las que se encuentran en la margarina pueden ser dañinos para la salud.
V () F ()
5. Las proteínas de las leguminosas pueden reemplazar a las proteínas de las carnes.
V () F ()
6. El aceite natural de las semillas y de otros vegetales consumidos en las ensaladas son mejores que los aceites fritos y la grasa de las carnes rojas, de aves y el cerdo.
V () F ()
7. Los lácteos como la leche, yogur y queso aportan calcio para la salud de los huesos y dientes.
V () F ()
8. Las vitaminas y minerales que contienen los alimentos son indispensables para el cuerpo.
V () F ()
9. Da lo mismo tomar bebidas jugos o agua, lo importante es que los niños tomen 1.5 litros de líquidos al día para hidratarse.
V () F ()
10. Es bueno comer mucha azúcar y sal.
V () F ()
11. Las frituras son saludables porque son agradables al paladar.
V () F ()
12. Hay que comer pescado 2 veces a la semana por su contenido de proteínas y minerales.
V () F ()
13. En total se debe consumir 5 porciones entre verduras y frutas al día.
V () F ()
14. El niño/a debe consumir 3 veces al día leche, yogur o queso.
V () F ()
15. Los alimentos que producen energía se encuentran básicamente en los cereales (trigo, avena, etc), tubérculos (papa, camote) y grasas de los lácteos y carnes
V () F ()
16. Las proteínas contenidas en los alimentos permiten el crecimiento y se encuentran en las carnes, huevos, lácteos y leguminosas (frijol, lenteja y habas).
V () F ()

17. Las frutas y verduras protegen el organismo contra algunas enfermedades puesto que crean más defensas
V () F ()
18. Los vegetales son alimentos reguladores encargados de mantener el buen funcionamiento del cuerpo
V () F ()

Marque X en el cuadrante que se adecue a lo cierto. Tiene 5 opciones (marque sólo una opción por pregunta)

| Frecuencia de consumo | Raras veces | 1 día por semana | 3 días por semana | 5 días por semana | Los 7 días de la semana |
|--|--------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| ¿Con qué frecuencia suele comer fruta? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer ensaladas de verduras crudas? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer verduras cocidas? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer papas fritas? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer leguminosas como lentejas, frijoles, garbanzos? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele beber jugos de frutas recién exprimidas? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele beber refrescos azucarados? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer snack salados como galletas, Sabritas? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer dulces como caramelos, paletas, chocolates? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer productos de pastelería como panques, pasteles, donas? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer cacahuete, almendras, nueces? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer carne roja? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer pollo o pavo? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer pescado fresco? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer cereales como avena, trigo, maíz? | | | | | |

| Frecuencia de consumo | Raras veces | 1 día por semana | 3 días por semana | 5 días por semana | Los 7 días de la semana |
|--|--------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| ¿Con que frecuencia suele comer huevos? | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia suele comer embutidos como salchicha, jamón, etc? | | | | | |
| ¿Con que frecuencia suele tomar leche o yogur o queso? | | | | | |
| ¿Con que frecuencia suele comer pastas o fideos? | | | | | |
| ¿Con que frecuencia suele comer comidas rápidas como pizza, hamburguesas, papas fritas, empanadas, comida china? | | | | | |

Marque X en el cuadrante que se adecuó a o cierto. Tiene 5 opciones (marque solo una opción por pregunta)

| Preguntas | totalmente de acuerdo | Bastante de acuerdo | Regular de acuerdo | Poco de acuerdo | Nada de acuerdo |
|---|------------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| ¿Consideras que la alimentación de tu hijo es nutricionalmente variada y adecuada? | | | | | |
| ¿Consideras que tu hijo come algún tipo de alimentos en exceso? | | | | | |
| ¿Consideras que tu hijo le falta consumir alimentos importantes para una dieta nutricionalmente adecuada? | | | | | |
| ¿Consideras que tu hijo consume algún alimento inadecuado para la salud? | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| ¿Consideras que es indispensable el consumo de alimentos de origen vegetal en la alimentación diaria? | | | | | |
| En general los postres (arroz con leche, flan) son un complemento ideal para la alimentación | | | | | |
| ¿Consideras que un niño gordito es más saludable que una niña de peso normal? | | | | | |
| ¿Consideras que las galletas, chocolates, papitas, otros embolsados contribuyen con la buena alimentación de los niños? | | | | | |
| ¿Consideras que es complicado y se pierde tiempo al preparar ensaladas de frutas o verduras? | | | | | |
| ¿Consideras que todos los alimentos saludables cuestan más que los menos saludables? | | | | | |
| ¿Consideras que todas las frutas y verduras son caras, aun las frutas de temporada? | | | | | |

