



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE OBESIDAD
INFANTIL EN MADRES DE PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA INICIAL LUIS ENRIQUE XIII, COMAS - 2015**

PRESENTADO POR

**FERNANDEZ PEREZ, GIANINA ROXANA
SARMIENTO PACHECO, KATHERINE JOHANA
VERA MORY, YESENIA LIZBETH**

ASESOR

PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA

Los Olivos, 2017



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN
DE OBESIDAD INFANTIL EN MADRES DE
PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA INICIAL LUIS ENRIQUE XIII,
COMAS - 2015**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

FERNANDEZ PEREZ, GIANINA ROXANA
SARMIENTO PACHECO, KATHERINE JOHANA
VERA MORY, YESENIA LIZBETH

ASESOR:

PEREZ SIGUAS, ROSA EVA

LIMA – PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Tuse Medina, Rosa Casimira
Presidente

Millones Gómez, Segundo Germán
Secretario

Bernuy Mayta, Martin Alejandro
Vocal

Pérez Siguas, Rosa Eva
Asesor

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN
DE OBESIDAD INFANTIL EN MADRES DE
PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA INICIAL LUIS ENRIQUE XIII,
COMAS - 2015**

Dedicatoria

A Dios:

Por habernos dado la oportunidad de vivir, permitiéndonos llegar hasta este punto, dándonos salud para lograr nuestros objetivos y por su compañía durante todo el periodo de estudios.

A nuestros padres:

Por habernos apoyado en todo momento brindándonos toda su ayuda incondicional, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser una persona de bien, por el valor mostrado para salir adelante, por los ejemplos de perseverancia y constancia que nos han infundido siempre, pero más que nada, por su amor.

A nuestros maestros:

Aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario influyendo con sus lecciones y experiencias, y que nos ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

Agradecimientos

A la Universidad de Ciencias y Humanidades:

Por ser la cuna de muchas satisfacciones y por habernos aceptado ser parte de ella, abriendo sus puertas para poder educarnos profesionalmente, así como también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos, experiencias y su apoyo para seguir adelante.

A Lic. Nélide Hilario Huapaya:

Por su persistencia, paciencia, orientación, conocimiento y motivación para nuestra formación como investigadoras, por apoyarnos, brindándonos su tiempo y dedicación para las revisiones de nuestro trabajo de investigación, por su gran trayectoria y conocimiento en el área de investigación que fueron un gran apoyo durante todo este proceso.

A los jueces expertos:

Por haber tenido la amabilidad de aceptar a nuestra solicitud para evaluar nuestro instrumento y darnos pautas recomendables para modificarlo.

Al Sr. José Luis Linares Director de la I.E.I Luis Enrique XIII:

Por brindarnos la oportunidad de poder realizar nuestra investigación en su Institución Educativa Inicial y apoyarnos en todo momento.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
1.3. OBJETIVOS	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	20

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONCEPTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	22
2.1.1. Lima Norte	22
2.1.2. Distrito de Comas	23
2.1.3. Institución Educativa Inicial “Luis Enrique XIII”	24
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.2.1. Antecedentes internacionales	25
2.2.2. Antecedentes nacionales	27
2.3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	29
2.3.1. Obesidad infantil	29
2.3.2. Alimentación saludable	36
2.3.3. Actividad física	42
2.3.4. Generalidades sobre conocimiento	44
2.3.5. Pre-escolar	46
2.3.6. Rol de los padres en la prevención de la obesidad infantil	48
2.3.7. Rol de la enfermera frente a la obesidad infantil	50
2.4. HIPÓTESIS	52

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPOS – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	54
3.2. POBLACIÓN	54

3.2.1.	Criterios de inclusión	54
3.2.2.	Criterios de exclusión	55
3.3.	VARIABLE	55
3.3.1.	Definición conceptual.....	55
3.3.2.	Definición operacional	55
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.4.1.	Construcción y validación del cuestionario	56
3.5.	PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.5.1.	Fase 0: Coordinaciones previas	60
3.5.2.	Fase 1: Autorización para la recolección de datos	61
3.5.3.	Fase 2: Coordinaciones para la recolección de datos	61
3.5.4.	Fase 3: Aplicación del instrumento	61
3.6.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	62
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS	62
3.7.1.	Principio de Autonomía	63
3.7.2.	Principio de Beneficencia	63
3.7.3.	Principio de No Maleficencia	63
3.7.4.	Principio de Justicia	63

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	RESULTADOS	65
4.1.1.	Descripción de población de estudio	65
4.1.2.	Descripción de resultados por dimensiones	65
4.2.	DISCUSIÓN.....	70

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	CONCLUSIONES	77
5.2.	RECOMENDACIONES.....	78

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....79

ANEXOS.....85

Índice de gráficos

- Gráfico 1:** Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 201566
- Gráfico 2:** Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión generalidades de la obesidad infantil.....67
- Gráfico 3:** Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión alimentación saludable.....68
- Gráfico 4:** Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión actividad física69

Índice de tablas

Tabla 1: Edad de la madre	101
Tabla 2: Grado de instrucción de las madres	101
Tabla 3: Ocupación de las madres	101
Tabla 4: Estado civil de las madres	102
Tabla 5: Departamento de procedencia.....	102
Tabla 6: Encargada de preparación de los alimentos del niño	102

Índice de Anexos

Anexo A: Operacionalización de variable dependiente	86
Anexo B: Proceso de construcción y validación del instrumento.....	87
Anexo C: Prueba de concordancia de Kendall.....	88
Anexo D: Kuder Richardson	89
Anexo E: Instrumento - Cuestionario COAFALI.....	90
Anexo F: Escala de Stanones para el instrumento en general.....	94
Anexo G: Escala de Stanones para la primera dimensión.....	95
Anexo H: Escala de Stanones para la segunda dimensión	96
Anexo I: Escala de Stanones para la tercera dimensión	97
Anexo J: Autorización de la dirección de la Institución Educativa para realizar el trabajo de investigación.....	98
Anexo K: Consentimiento informado.....	99

Resumen

En la actualidad, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública y ha sido denominada la “Epidemia del siglo XXI” por su impacto, que se presenta a nivel mundial. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015. **Materiales y métodos:** Este estudio es descriptivo cuantitativo de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 madres de niños preescolares de dicha institución. El instrumento utilizado fue un cuestionario denominado Conocimiento de Obesidad, Actividad Física y Alimentación (COAFALI), con alternativas cerradas para marcar y como técnica se utilizó la encuesta, dicho instrumento fue creado por las autoras de la investigación, validada con Kuder Richarson 0,69. **Resultados:** El 42% de las madres alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre prevención de la obesidad infantil, mientras que el 25% alcanzó un nivel de conocimiento bajo. En relación a las dimensiones, todas alcanzaron en su mayoría un nivel de conocimiento medio, generalidades de obesidad infantil (65%), alimentación saludable (40%) y actividad física (59%). **Conclusiones:** La mayor parte de madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de obesidad infantil.

Palabras clave: Obesidad infantil, Conocimiento, Alimentación, Actividad Física, Preescolar, Madres.

Abstract

Currently obesity has become in a public health problem and has been nominated the “XXI century epidemic” due to its impact which is present worldwide. **Objective:** To determine the knowledge level about children obesity prevention in pre schoolchildren’ mothers in Luis Enrique XIII Preschool Educational Institution, Comas – 2015. **Materials and Methods:** This is a descriptive, quantitative, cross-sectional research. The population was made by 60 pre schoolchildren’ mothers of that institution. The used instrument was a questionnaire denominated Knowledge of Obesity, Physic Activity and Feeding (COAFALI, by its initial in Spanish), with closed alternatives to mark and survey was used as technique, aforementioned instrument was created by the investigation authors, validated with Kuder Richarson 0.69. **Results:** 42% of mothers reached a level of average knowledge on prevention of childhood obesity, while 25% reached a low level of knowledge. In relation to the dimensions, all of them reached a level of average knowledge, generalities of childhood obesity (65%), healthy eating (40%) and physical activity (59%). **Conclusions:** Most mothers surveyed have an average level of knowledge about prevention of childhood obesity.

Key words: Children obesity, Knowledge, Feeding, Physic Activity, Preschool, Mothers.

Introducción

Actualmente, la obesidad infantil se ha ido incrementando en estos últimos años, como lo precisa la Organización Mundial de la Salud catalogándolo como la epidemia mundial del siglo XXI, siendo unos de los problemas de salud más importantes. Es por ello que nuestra investigación está enfocada en el primer nivel de atención identificando el nivel de conocimiento sobre prevención de la obesidad infantil en las madres de niños en edad preescolar.

El trabajo de investigación permitió conocer los resultados del nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en una determinada población que en este caso son las madres de familia de niños entre edades de 3 a 5 años donde en nuestro primer capítulo, presentamos el planteamiento del problema con el cual mencionamos datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y entre otros. Donde damos a conocer la formulación del problema, la justificación, así como los objetivos que se desea alcanzar durante el proceso del trabajo de investigación.

En el segundo capítulo, se encuentra el marco conceptual histórico social de la realidad de la zona que se ha trabajado en el presente trabajo que es el Cono Norte - Comas en La Institución Educativa Inicial "Luis Enrique XIII". En nuestros antecedentes de investigaciones del tema encontramos 3 de nivel internacional y 3 de nivel nacional relacionados con las dimensiones de esta investigación, en el marco teórico conceptual resaltando las dimensiones que son de vital importancia para conocer el nivel de conocimiento en general de las madres sobre prevención de obesidad infantil donde mencionamos 3 puntos importante en la etapa del menor de 3 a 5 años de edad (obesidad infantil, alimentación saludable, actividad física), y por último mencionamos la hipótesis planteada para el trabajo de investigación.

El tercer capítulo, explica la metodología utilizada de acuerdo al tipo y diseño de la investigación que es de tipo descriptivo, el cual nos permite conocer y detallar los hechos de manera real como se ha encontrado sin ninguna manipulación de por medio, además de enfoque cuantitativo porque nos permite analizar y cuantificar los datos obtenidos y de corte transversal, ya que cada dato recolectado de la población se dio en un tiempo y espacio determinado. El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII – Comas, con un total de 60 madres de niños entre las edades de 3 a 5 años que están matriculados y asisten a dicha institución. Mencionamos también en este presente capítulo la población, la variable, así mismo se detallan las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procedimiento y método de análisis de datos, también encontramos los aspectos éticos que se debe considerar en la investigación.

En el cuarto capítulo, damos a conocer de manera detallada los resultados de los datos de la población de estudio donde revela la edad, el grado de instrucción, la ocupación y el departamento de procedencia. Mencionamos también de los objetivos del presente estudio planteado que dan respuesta a nuestras 3 dimensiones las cuales son obesidad infantil, alimentación saludable, actividad física, donde se señala la interpretación, el análisis de cada uno de los resultados y detallamos la discusión del trabajo de investigación con la confrontación de otros autores los cuales coinciden o difieren en los resultados encontrados del mismo modo nos aportan y enriquecen la investigación.

En el quinto capítulo, finalizamos mencionando las conclusiones y recomendaciones que nos dio a conocer el presente trabajo de investigación donde concluye que existe un nivel de conocimiento medio sobre prevención de obesidad infantil. Esto nos da a conocer que la información educativa que adquieran las madres de familia juega un papel importante en el desarrollo de prevención sobre obesidad infantil cabe recalcar basados en la alimentación saludable y actividad física en esta etapa preescolar.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad no transmisible y se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que es perjudicial para la salud. En la actualidad se ha convertido en un problema de salud pública y ha sido denominada la “Epidemia del siglo XXI” por su impacto, que se presenta a nivel mundial en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que en el 2015 el sobrepeso se incrementó en 2,3 millones y la obesidad aumentó aproximadamente 700 millones de personas; causando alrededor de 2,8 millones de muertes en el mundo ⁽¹⁾. Por otra parte, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en el 2013 en el mundo. De la misma manera la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentarán a 70 millones para 2025 ⁽²⁾.

La OMS refiere que, en el 2014, se estimó que 41 millones de niños menores de 5 años de edad se vieron afectados por el sobrepeso o la obesidad ⁽³⁾.

Es así que la obesidad infantil ya no es solo un problema de países ricos, tanto es así que de los 42 millones de niños menores de cinco años que tienen sobrepeso en el mundo, 35 millones (el 83%) vive en países de ingresos medios y bajos, a partir de ahí la OMS afirma que “es una pesadilla explosiva” ⁽⁴⁾.

En Latinoamérica, la obesidad es el problema de salud más relevante, sin embargo, este problema de malnutrición por exceso se presentan tanto en países desarrollados como en países con altos índices de pobreza, entre ellos el Perú, cuya economía ha mejorado en los últimos años, pero unido a

esto también la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado por ingesta calórica excesiva ⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el Perú está en octavo lugar en la clasificatoria mundial de países con mayor obesidad infantil, con un 15% de niños y niñas menores de cinco años que sufren de este mal, lo que significa que hay más de 480 mil niños de esa edad que tienen obesidad ⁽⁶⁾.

En el grupo etario infantil, la obesidad es uno de los problemas de salud más trascendentales en la actualidad, afectando progresivamente a distintos países y la prevalencia se va incrementando de manera alarmante ⁽⁷⁾.

Por otro lado, los estudios estadísticos realizados por el Ministerio de Salud contrasta la prevalencia de la obesidad en diferentes años, en el 2013 el porcentaje fue de 1.4% a comparación de años atrás, esto indica que va en aumento ⁽⁸⁾.

La edad preescolar es considerada de 3 a 5 años, siendo una etapa crítica por ello los hábitos que se adquieren en la época preescolar son de gran importancia para el desarrollo psicobiológico. Según van creciendo, se les debe educar sobre los hábitos de vida saludable. En esta etapa, un niño puede tomar una comida con alto contenido energético y en la siguiente este puede ser muy bajo ⁽⁹⁾.

En la actualidad, se ha observado que la alimentación contribuye a un correcto crecimiento y desarrollo del preescolar para un óptimo estado de salud; asimismo los cambios de globalización, la falta de tiempo, la edad y el grado de instrucción de la madre han condicionado cada vez más, el incremento sobre casos de obesidad a nivel mundial, latinoamericano y local, en función de ello y dada la problemática existe la necesidad de prevenir o tomar medidas preventivas contra la obesidad en la etapa preescolar.

Todo ser humano necesita alimentos que contribuyan y repare el organismo, en especial, los niños en etapa preescolar, ya que ellos realizan un mayor gasto energético, es así que se ha visto un problema muy notorio en los padres de familia al creer que a mayor gasto de energía mayor ingesta de alimentos, pero lo único que están ocasionando, es predisponer al niño a un sobrepeso y posteriormente a la obesidad.

Otro punto que se debe considerar es el nivel de conocimiento (la educación) de la madre del niño preescolar; es en esta etapa donde los niños están ansiosos por aprender, especialmente de otras personas y a menudo imitan los estilos de vida que tiene el adulto. La mayoría de los padres disponen en la lonchera de sus hijos, productos con alto contenido en grasas y exceso de azúcar, debido al desconocimiento que tienen sobre la calidad nutricional, teniendo en cuenta que estos no son un sustituto de ninguna comida principal (desayuno, almuerzo), pero eso no significa que la lonchera no tenga importancia, por el contrario complementa las necesidades calóricas y nutricionales que el niño necesita para que pueda desempeñarse adecuadamente en las diferentes actividades escolares.

Hoy en día, la población prefiere el consumo de alimentos envasados por desconocimiento y la falta de tiempo, ya que vivimos en una sociedad que se ve influenciada mediante la publicidad en revistas, canales de televisión, diarios y radios, en los que se promocionan este tipo de hábitos no saludables.

Por otro lado, es notorio que la obesidad es un factor de riesgo para la salud, ya que predisponen a numerosas enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer ⁽¹⁰⁾.

En la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII se pudo observar la presencia de comerciantes en las calles vendiendo golosinas, galletas, entre otros alimentos no saludables en el entorno, además se observa a las madres comprando estos alimentos momentos antes del ingreso de sus menores. Durante la entrevista que se le realizó al director de la institución

educativa nos refirió: “La institución promueve y brinda orientación a los padres de familia pero todavía existe falta de concientización en los padres sobre el daño que pueden ocasionar en su menor hijo”; es por este problema observada que se ha decidido identificar el nivel de conocimiento de la madre sobre la prevención de la obesidad infantil, porque en esta Institución Educativa hasta el momento no se ha hecho ningún tipo de investigación sobre este problema de salud.

1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas – 2015?

1.3. OBJETIVOS

Para este trabajo de investigación se han trazado los siguientes objetivos:

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión generalidades de la obesidad infantil.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión alimentación saludable.

- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión actividad física.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Enfermería se enfoca en diversos campos de la salud para el bienestar del ser humano, es así que la promoción y prevención de la salud es muy importante en todos los grupos etarios, para ello es primordial determinar el problema que tiene la población (madres) sobre el tema a tratar.

Las madres tienen la principal responsabilidad sobre los hábitos saludables de sus pequeños hijos, ya que las madres influyen en su formación; el bajo conocimiento de la madre puede condicionar hábitos inadecuados en la salud, que puede ocasionar una obesidad infantil, es por esa razón que en nuestra investigación queremos identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres para generar nuevos conocimientos en la investigación, y brindar los resultados a las instituciones como el centro de salud y la institución educativa para que a partir de ello tenga la iniciativa de realizar acciones futuras en beneficio de los niños y sus madres, debido a que la educación es un factor importante para mantener un estado de salud óptimo.

Esta investigación también incrementará el conocimiento científico de enfermería repercutiendo positivamente la mejora en el rol de la enfermera en el primer nivel de atención contribuyendo a la disminución de la incidencia y prevalencia de problemas en la salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONCEPTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1. Lima Norte

Llamada también “Cono Norte”, es la zona comprendida por ocho distritos que se ubican al norte de la ciudad de Lima: Carabaylo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Martín de Porres, Ancón y Santa Rosa.

El término de Cono Norte fue acuñado inicialmente para distinguir los ejes de crecimiento urbano de Lima Metropolitana y los lugares donde se concentraban las poblaciones de pobreza y pobreza extrema de la capital. El término Lima Norte es más reciente referido a esta misma zona geográfica nace en base a una redefinición del espacio urbano de la ciudad a partir de su desarrollo económico, urbano y factores de dependencia: la ciudad de Lima ya no tiene conos o extremos dependientes de un centro económico, sino está constituido por centros de desarrollo económico independientes, uno de ellos y el de mayor crecimiento es Lima Norte.

Los orígenes de Lima Norte se remontan a la década de 1930 con la construcción de los barrios, hasta allí hubo cierta “planificación” en esta zona de Lima. Pero en las décadas siguientes surgen las invasiones y las barridas.

A partir de la década de 1940, la sociedad peruana ingresa en una nueva etapa en su historia que se caracteriza por una fase de modernización e industrialización capitalista. Uno de los factores que impulsó ese proceso fue el incremento de la demanda de materias primas como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial. Uno de los efectos directos de este proceso de industrialización fue el explosivo proceso de urbanización del país: aumento violento del flujo migratorio hacia Lima y, especialmente, la consolidación de la capital como una

metrópoli que terminaría por concentrar y centralizar casi toda la capacidad productiva y los recursos del país.

A partir de la década de 1960 se produciría una sucesión de nuevos asentamientos: “Pampas de cuevas”, “La Libertad”, “Comas”, “Carabaylo” e “Independencia”, entre otros ⁽¹¹⁾.

2.1.2. Distrito de Comas

La historia de Comas como espacio geográfico e histórico es milenaria y puede dividirse en tres grandes épocas: la primera empieza en el Antiguo Perú que abarca desde la aparición de los primeros pobladores del valle hasta la ocupación Inca ocurrida a finales del siglo XV y su permanencia en el valle hasta la llegada de los españoles; la segunda es la época colonial que inicia con la fundación del pueblo de indígenas San Pedro de Carabaylo, la aparición de las haciendas y la independencia nacional; y finalmente la tercera es la época de la República en el que además de mencionar la existencia de las haciendas y su reacomodo económico antes, durante y después de la Guerra del Pacífico, en 1961 se da la creación distrital ⁽¹²⁾.

El distrito de Comas tuvo sus inicios poblacionales en el año de 1954, cuando aproximadamente alrededor de 60 familias tomaron posesión de las llamadas Pampas de Comas y es a partir de esa iniciativa cuando en el año de 1958, un grupo nutrido de gente invadió las faldas de los cerros, en los cuales se podían observar miles de chozas de esteras, coronadas en la parte superior de las mismas con la bandera nacional del Perú. Los pobladores después de permanentes gestiones presentaron un memorial el 16 de abril de 1960 con 10,000 mil firmas solicitando ante el Ejecutivo y el Parlamento Nacional la creación del distrito de Comas ⁽¹³⁾.

Durante el gobierno de Manuel Prado Ugarteche (1956 – 1962), el 2 de noviembre de 1961 Comas se reconoció como distrito. La Ley 13757

que crea el distrito de Comas, fue publicada en el diario oficial El Peruano el 12 de diciembre de 1961, fecha que es considerada como el Aniversario de Creación del distrito.

Comas se ubica en el departamento y provincia de Lima; limita por el norte con los distritos de Carabaylo y Puente Piedra; por el sur con el distrito de Independencia; por el este con el distrito de San Juan de Lurigancho y por el oeste con el distrito de Los Olivos.

2.1.3. Institución Educativa Inicial “Luis Enrique XIII”

La Institución Educativa Inicial “Luis Enrique XIII”, fue creada mediante Resolución Ministerial N°0898-82-ED, del 19 de octubre de 1982, se encuentra ubicado entre los Jirones San Ignacio y San Isidro s/n Cuadra 4 – Urbanización de San Carlos – Comas. Brinda servicios educativos a niños de 2 a 5 años en los turnos mañana y tarde, así mismo ofrece servicios complementarios como asistencia nutricional gratuitamente denominado “Qali Warma” así como Escuela para Padres y Asistencia Psicológica para padres de familia y niños, del mismo modo se desarrollan Talleres de Danza Folclórica, Mini Chef y Cajón Peruano. Cuenta con personal docente calificado, se encuentra bajo la gestión del Director Lic. José Luis Linares Cueva.

Misión de Institución Educativa: La Institución Educativa Inicial “Luis Enrique XIII”, es una entidad educativa de gestión estatal, cuya dirección conjunta con sus miembros de la comunidad magisterial permite una actualización para poder impartir una educación de calidad y excelencia, contribuyendo al logro de una educación en valores, formando a alumnos en un ambiente de libertad democrática, donde cultive valores éticos y desarrolle su capacidad intelectual, formando así niños líderes, capaces de solucionar sus propios problemas de su entorno educativo, permitiendo finalmente lograr el desarrollo integral del educando, así como:

- A. Optimizar el desarrollo de todo su potencial, así como sus habilidades, destrezas, aptitudes, recreación y conocimiento de valores morales éticos y estéticos.
- B. Desarrollar un equilibrado aspecto humano, basado en el aspecto intelectual, social, espiritual y ético.
- C. Desarrollar la autoestima del educando, permitiendo interrelacionarse con sus compañeros.
- D. Formar una conciencia crítica y autocrítica

Visión de Institución Educativa: Nuestra proyección es brindar una educación de calidad y excelencia, orientado a:

- A. Fortalecer una educación en valores, formando educandos competentes, solidarios e innovadores.
- B. Afianzar las buenas relaciones entre el personal que labora en la Institución Educativa Inicial “Luis Enrique XIII”.
- C. Promover la actualización y capacitación permanente del personal directivo, docente y administrativo.
- D. Crear un ambiente propicio para el desarrollo y práctica del deporte y recreación.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Antecedentes internacionales

Realpe Silva Francis, en la ciudad de Quito – Ecuador, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Arquita de Noé en el periodo julio – noviembre 2013”, con el objetivo de relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar con el estado nutricional de los niños del Centro de Desarrollo Infantil Arquita

de Noé en el periodo julio - noviembre 2013. El método utilizado fue de enfoque cuali-cuantitativo, tipo observacional, descriptivo, transversal. La población estuvo formada por 48 cuidadores en el hogar y 48 niños de entre 2 a 5 años que asisten a dicho centro. La técnica utilizada fue la encuesta y la entrevista, como instrumento el cuestionario. Concluyendo entre otros:

Se identificó que la gran mayoría de personas responsables del cuidado de los niños en el hogar tienen un muy buen nivel de conocimientos respecto a alimentación saludable y la importancia que esta representa en el crecimiento y desarrollo de los niños ⁽¹⁴⁾.

Baracco Adriana, Ochoa Yamila y Romero Mayra, en la Mendoza – Argentina, en el año 2014, realizaron un estudio sobre “Conocimiento de los padres sobre la alimentación en niños en edad escolar”, con el objetivo de determinar el conocimiento de los padres de los niños en estudio y la relación con el estado nutricional de los mismos. El método utilizado fue de tipo cuantitativo, estudio descriptivo. La población estuvo conformada por 53 padres. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Concluyendo entre otros:

A pesar de que los tutores no poseen un buen conocimiento acerca de una adecuada alimentación, muestran interés en elaborar comidas saludables, con los recursos que tienen a su alcance ⁽¹⁵⁾.

Delgado Espinoza Ana, en Cuenca - Ecuador en el año 2012, realizó un estudio sobre “La actividad física como prevención de la obesidad en niños entre 6 y 12 años en los centros educativos de la Parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca – 2012”, con el objetivo. La metodología

de investigación que se aplicó en el estudio realizado es de tipo cuantitativo, estudio tipo transversal. La población estuvo conformada por 132 niños de 6 a 12 años. Las técnicas utilizadas fueron la encuesta (instrumento cuestionario) y técnicas de medición (control antropométrico utilizando tallímetro y balanza). Concluyendo entre otros:

Con el transcurso del tiempo se nota que los niños van perdiendo el gusto por realizar actividad física ⁽¹⁶⁾.

2.2.2. Antecedentes nacionales

Quispe Cusicuna Ebelin, en la ciudad de Lima - Perú, en el año 2015, realizó un estudio sobre “Conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad en escolares en una Institución Educativa de Lima - 2014”, con el objetivo de determinar los conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad en escolares de la I.E. 2087 República Oriental del Uruguay. El método utilizado fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 42 padres de niños y niñas del 6º de primaria. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Concluyendo entre otros:

Los padres en su mayoría no conocen sobre las medidas de prevención de obesidad en escolares en relación a la alimentación y actividad física, lo que se traduce en que los escolares tienen riesgo de desarrollar obesidad y sus complicaciones como enfermedades crónicas ⁽¹⁷⁾.

Garay Juipa Raquel, en Lima – Perú, en el año 2014; realizó un estudio acerca del “Conocimiento de las madres sobre la alimentación infantil

de niños preescolares de 2 - 4 años en el Puesto de Salud Santa Catalina, 2014”, con el objetivo de determinar los conocimientos de las madres sobre alimentación infantil de niños preescolares de 2-4 años en el Puesto de Salud Santa Catalina. El método fue un estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 41 madres. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Se concluyó entre otros:

Los conocimientos de las madres sobre la alimentación infantil de niños preescolares en su mayoría no conocen ⁽¹⁸⁾.

Hoyos Ortiz Susana, Juárez Zevallos María y Torres Principe Lisseth, en la ciudad de Lima – Perú, en el año 2013; realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación y su relación con el estado nutricional del escolar en la Institución Educativa 3064 Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012”, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación y el estado nutricional del escolar en la Institución Educativa 3064 Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012. El método fue un estudio cuantitativo, tipo descriptivo, nivel aplicativo de corte transversal. La población estuvo conformada por 116 escolares con sus respectivas madres. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, y para la evaluación del estado nutricional se utilizó el software WHO Antro Plus. Se concluyó entre otros:

Se identifica que la gran mayoría de las madres presentan un nivel de conocimiento medio y bajo; esto permite reforzar la importancia de la evaluación continua de brindar información oportuna a la población ⁽¹⁹⁾.

Durand Pinedo Diana, en la ciudad de Lima - Perú, en el año 2010, realizó un estudio sobre “Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao en el año 2008”, con el objetivo de determinar la relación entre nivel de conocimiento de las madres y el estado nutricional del preescolar. El método que se utilizó fue aplicativo, diseño descriptivo. La población estuvo constituida por 30 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se concluyó entre otros:

El nivel de conocimientos de las madres acerca de la alimentación en el preescolar es en promedio 90% de medio a alto, con presencia significativa de un 10% de madres con nivel de conocimientos bajo⁽²⁰⁾.

2.3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.3.1. Obesidad infantil

A. Definición

La obesidad, se define como el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente el exceso de grasa con anormal distribución corporal, se considera hoy en día una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones ⁽²¹⁾.

La obesidad infantil se podría definir como una enfermedad grave que afecta a niños. Se da cuando el niño está muy por encima del peso normal para su altura y edad. La obesidad infantil es especialmente preocupante porque los kilos de más comienzan a producir en el niño problemas de salud que normalmente están asociados a los adultos,

como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto. La obesidad infantil también puede conducir a una baja autoestima y depresión ⁽²²⁾.

La obesidad se define simplemente como una condición de acumulación anormal o excesiva de grasa en el tejido adiposo, con deterioro en la salud del individuo. El padecimiento subyacente se basa en un balance positivo de energía con traducción en la ganancia ponderal. Los individuos obesos difieren no sólo de acuerdo con el grado de exceso de grasa acumulada, sino en su distribución regional dentro del organismo. La distribución de grasa generada por la ganancia de peso incrementa los riesgos asociados al padecimiento ⁽²³⁾.

B. Factores de riesgo

- Dieta no saludable

El consumo de alimentos poco saludables y ricos en calorías, tales como las comidas rápidas o los que son altamente procesados y contienen azúcares refinados, causan el aumento de peso en el niño.

Varios estudios descartan la asociación entre los hábitos dietéticos de los niños y la presencia de sobrepeso y obesidad en tanto otros apoyan la tesis de que es un factor que incrementa en forma importante el riesgo de obesidad, ejemplos de estos últimos describen que los niños con sobrepeso y obesidad ingieren mayor cantidad de bebidas azucaradas y carbonatadas que el bien nutridos. A pesar de estos datos se ha descrito ⁽²³⁾.

- Sedentarismo

Llevar una vida sedentaria es la razón principal para el incremento de la obesidad. Las personas sedentarias necesitan menos calorías que las personas que se ejercitan ⁽²⁴⁾.

Aunque es difícil demostrar la relación entre personas a las cuales se les proporciona la misma dieta pero que tienen diferente actividad física y desarrollo de obesidad, algunos estudios han encontrado asociación entre algunas actividades sedentarias, como el entretenimiento por televisión; el tiempo que pasa una persona sentada frente a la computadora o jugando con videojuegos y la obesidad ⁽²³⁾.

El entretenimiento por televisión se ha asociado a la reducción del gasto metabólico, aumento de la ingestión de alimentos y periodos importantes de sedentarismo, lo cual contribuye al deterioro de la regulación del balance energético produciendo la separación entre la ingestión de alimentos y gasto energético. También, se ha definido que entre menos tiempo esté el niño frente al televisor reduce la velocidad de aumento de peso ⁽²³⁾.

Muchos de estos estilos de vida sedentaria se ven desfavorecidos por la reducción de espacios para practicar actividad física, debido a la urbanización desmedida e incremento en la inseguridad en las ciudades, lo cual lleva a los niños a emplear mayor tiempo en actividades recreativas sedentarias ⁽²³⁾.

- Factores familiares

Se considera que la herencia genética puede influir en un 33% en el incremento del peso corporal ⁽²⁴⁾.

Es uno de los factores con mayor fuerza de asociación, incluso se indica que la transmisión del riesgo puede ser observada en forma temprana, pues los niños, hijos de padres con sobrepeso u obesidad, presentan patrones de succión más vigorosos que los hijos de padres con peso bajo o normal. El tipo de transmisión puede ser mediante mecanismos genéticos o compartiendo algunas características familiares como la preferencia por algunos alimentos. En niños menores de 10 años, con ambos padres

obesos, incrementa a más del doble el riesgo de convertirse en adultos obesos ⁽²³⁾.

- Factores psicológicos

El estrés, el aburrimiento, los problemas familiares, entre otros, afectan al niño provocando un estado de ansiedad, evidenciándose en el consumo excesivo de alimentos.

- Desconocimiento

La falta de información y educación de los padres tienen sobre las consecuencias que puedan dar al ingerir productos ricos en calorías, predisponen al sobrepeso u obesidad en el niño.

C. Diagnóstico:

El diagnóstico de la obesidad consiste en conocer las dimensiones corporales. Es un parámetro importante para evaluar la salud, proporciona información en función al crecimiento físico y al estado nutricional. Las dimensiones evaluadas de la obesidad las medidas antropométricas (peso, talla) y la edad exacta. En la evaluación del crecimiento es necesario considerar no solo el dato obtenido sino analizar el resultado de esos datos ⁽²⁵⁾. Se recomienda utilizar las fichas de la OMS.

- Medidas antropométricas

- a. Sexo y edad

Es importante determinar el sexo y la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad (por mes).

- b. Peso

Es la medida de la masa corporal; varios factores inciden en el peso de un individuo: edad, sexo, raza, estatura,

constitución, hábitos alimenticios. Se recomienda medir el peso a la misma hora de preferencia en la mañana ⁽²⁵⁾. Para pesar se utiliza la balanza de pie.

c. Talla

Es la medición del crecimiento longitudinal de una persona. Se mide desde el vértice del cráneo hasta la planta de los pies, debe de realizarse con la cabeza en rotación externa para permitir el reflejo de extensión para medir la talla se utiliza el tallímetro ⁽²⁵⁾.

D. Complicaciones

▪ Complicaciones físicas

a. Diabetes tipo 2

Suele presentarse principalmente en personas mayores de 40 años de edad.

Sin embargo, actualmente, con el incremento de la obesidad infantil, esta diabetes está apareciendo a edades cada vez más temprana, incluso a otras enfermedades ⁽²⁴⁾.

La obesidad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 en personas genéticamente predispuestas y la prevalencia de diabetes aumenta exponencialmente según aumenta el IMC. Más del 80% de las diabetes tipo 2 presentan un IMC > 27kg/m². El riesgo de diabetes tipo 2 aumenta con el grado y duración de la obesidad ⁽²⁶⁾.

b. Síndrome metabólico: Es un conjunto de rasgos clínicos en el que aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus. Para considerar que existe síndrome metabólico (o síndrome X) se deben cumplir, al menos, tres de los siguientes factores:

obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión arterial y elevada intolerancia a la glucosa o resistencia a la insulina ⁽²⁶⁾.

c. Colesterol alto y presión arterial alta

Hiperlipidemia: Existe un aumento de los niveles de triglicéridos, una disminución de HDL-colesterol y un aumento de las concentraciones de LDL-colesterol. La alteración del perfil lipídico y el aumento del trabajo cardíaco confieren al niño obeso un alto riesgo de padecer cardiopatía isquémica.

Hipertensión arterial: La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular renal de sodio y explica la alta prevalencia de HTA ⁽²⁶⁾. La hipertensión arterial es ya una realidad constatable hasta en un 30% de los niños obesos. También se asocian a cambios ateroscleróticos en la pared de los vasos arteriales por eso es importante la medición rutinaria de la presión arterial, la talla y el peso en niños y adolescentes para la detección temprana de la hipertensión arterial y la obesidad ⁽²⁷⁾. Por lo tanto, la prevención basada en el control periódico y en hábitos saludables, es la forma más sencilla de combatirla ⁽²⁴⁾.

d. Problemas respiratorios: La obesidad puede asociarse a alteraciones de la ventilación que conducen a hipoxia crónica e hipercapnia.

e. Trastornos del sueño: El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una manifestación clínica frecuente en los obesos.

f. Problemas del aparato locomotor: Por factores biomecánicos (sobrecarga), siendo la artrosis de columna y rodilla una

complicación frecuente en las personas con obesidad, por el peso que tienen que amortiguar.

g. Pubertad temprana: En la obesidad hay un desequilibrio hormonal esto puede ocasionar en el niño el inicio de la pubertad a una temprana edad antes de lo esperado.

- Complicaciones sociales y emocionales

- a. Baja autoestima

Los niños obesos suelen considerarse por debajo de los demás niños en múltiples aspectos. Se focalizan en sus aspectos negativos y no se fijan en las cualidades positivas que puedan tener, construyendo un auto concepto pobre con el que siempre salen perdiendo al compararse con los demás⁽²⁸⁾.

- b. Inseguridad en las situaciones sociales

Al tener esa autoestima baja, los niños se sienten inseguros a la hora de tener que relacionarse con otros, sobre todo con sus iguales, que suelen someterlos a bromas por su exceso de peso. Su miedo al rechazo puede llevarles a aislarse e incluso a alejarse de situaciones que les resultan estresantes como las clases de educación física o incluso el colegio en general⁽²⁸⁾.

- c. Dificultad para entablar relaciones sociales

El miedo al rechazo, su inseguridad y las experiencias de burla que pueden sufrir en ocasiones hacen que el niño tienda a aislarse y no desarrolle de forma adecuada sus habilidades sociales, por lo que pueden aparecer casos de timidez e incluso de aislamiento⁽²⁸⁾.

d. Pobre imagen corporal

Los niños obesos focalizan su atención en esos kilos sobrantes, ignorando el resto de sus cualidades físicas. Construyen un autoconcepto muy pobre a nivel físico, según el cual van a ser rechazados y con el que no podrán sobresalir en nada. Esto puede llevar al niño a desarrollar comportamientos depresivos ⁽²⁸⁾.

2.3.2. Alimentación saludable

A. Alimentación

Es la forma de aportar los alimentos necesarios al organismo para el mantenimiento de la vida

La alimentación es definida el acto de brindar alimentos indispensables al cuerpo para que funcione y ejecute tareas básicas⁽²⁹⁾.

B. Alimentación saludable

La decisión de comer sano, es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía q cada persona necesita de acuerdo a su edad para mantenerse sano. Se ha demostrado que una buena nutrición puede prevenir muchas enfermedades ⁽²⁴⁾.

C. Alimentación en el preescolar

Los niños en edad preescolar están todavía desarrollando sus hábitos alimenticios y necesitan incentivos para comer comidas sanas.

Estos niños están ansiosos por aprender, especialmente de otras personas, y a menudo imitaran las conductas alimentarias de los

adultos. Necesitan supervisión a la hora de la comida ya que ellos están recién aprendiendo a masticar y tragar ⁽³⁰⁾.

D. Leyes de la alimentación

Escudero catalogó las Leyes de la Alimentación para conocer la normalidad de un plan alimentario. Estas normas se denominan:

- Ley de la cantidad
En la que incluía el concepto de requerimiento y balance energético ⁽³¹⁾. El volumen de alimentos que ingiere una persona está en función de su edad, sexo, peso, talla y actividad física

- Ley de la calidad
En la que insistía en el requerimiento alto de proteínas ⁽³¹⁾. Debemos elegir para nuestra alimentación aquellos alimentos más nutritivos y combinarlos adecuadamente para obtener todo el nutriente que nuestro organismo requiere.

- Ley de la armonía
En la que destacaba la necesidad de guardar entre los distintos principios nutritivos, una relación de proporciones entre sí ⁽³¹⁾. Se fundamenta en la distribución porcentual de macronutrientes de nuestra dieta; esto es válido para todas las edades e incluso en casos de enfermedad se procura mantenerlo porque está de acuerdo con el metabolismo de nuestro organismo:
 - a. Carbohidratos 55% a 65%

 - b. Proteínas 10% a 15%

 - c. Lípidos 25% a 30%

- Ley de la Adecuación
Siguiendo estos principios ⁽³¹⁾. Los alimentos que preparemos estarán en función de las preferencias y gustos de las personas, de su cultura, de la región que habita y de su estado de salud.

E. Requerimientos nutricionales del preescolar

Según el Ministerio de Salud se presenta los alimentos que debe consumir el preescolar:

- Legumbres, huevo, carne de ternera, carne de cerdo y aves, pescado, atún, frutos secos, tofu. La cantidad a ingerir es 30g de carne, 1 huevo, ¼ tazón legumbres (3 porciones).
- Leche entera, semi o descremada, leche en polvo o evaporada, queso, yogurt. La cantidad a ingerir es 24g de queso, ¾ tazón leche o yogurt (4 porciones).
- Albaricoque, durazno, mango, melocotón, melón, sandía, brócoli, calabaza, espinaca, pimiento, tomate, zanahoria. La cantidad a ingerir es ½ tazón (1 porción).
- Fresa, naranja, coliflor, jugos fortificados con vitamina C, pimiento, repollo. La cantidad a ingerir es ½ tazón (1 porción).
- Cereza, manzana, melón, plátano, pera, uva, apio, calabaza, guisante, lechuga, nabo, pepino. La cantidad a ingerir es ½ tazón (2 - 4 porciones).
- Arroz, cereales, galletas, pan blanco, pan integral, pasta. La cantidad a ingerir es ½ rebanada de pan, 3 galletas, ¼ tazón arroz, pasta, ½ tazón de cereales (4 porciones).
- Arreglos para ensaladas.

F. Distribución de comidas

- **Desayuno:** Hay que tener en cuenta que el desayuno es una de las comidas más importantes del día. Es la primera que el organismo recibe luego de 8 o 9 horas de ayuno, por eso, es esencial que sea bien completa ⁽²⁴⁾. Debe cubrir el 25% de las necesidades nutricionales diarias. Si un niño no desayuna, no tendrá suficiente energía para recuperarse; el desempeño intelectual y su salud serán deficientes. Este debe incluir: Productos lácteos, cereales y frutas ⁽³²⁾.
- **Almuerzo:** La comida debe ser variada, completa y de acuerdo a las necesidades nutricionales de cada edad ⁽²⁴⁾. Constituye aproximadamente el 30% de las necesidades nutricionales. Este debe incluir: Cereales, tubérculos verduras, alimentos proteicos (carne, pollo, res, pescado y huevo) ⁽³³⁾.
- **Cena:** Debe ser más liviana que el almuerzo, contribuye entre un 20% a 25% de los requerimientos nutricionales. Es recomendable realizarse no muy tarde para que el organismo tenga el tiempo necesario para hacer la digestión y así asegurarse un buen descanso nocturno ⁽²⁴⁾.
- **Merienda:** Se refiere a las preparaciones que se consumen entre las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y no reemplazan a estas. Las meriendas contienen alimentos naturales elaborados tales como lácteos, frutas, cereales ⁽³³⁾.

G. Clasificación según pirámide de alimentos

La Pirámide Alimentaria muestra la gran variedad, cantidad y proporción de alimentos que deben ser consumidos por los individuos para que su organismo pueda realizar todas sus funciones y se mantenga en buena forma. Se trata de una forma de presentar y

clasificar a los alimentos, que se instauró hace unos años, y que ha sido amplia y mundialmente comentada. También ha sido discutida, especialmente en los últimos años, porque no termina de resolver los amplios problemas que establecen los actuales puntos de vista sobre lo que significa una dieta adecuada y saludable. Estos son ⁽³⁴⁾:

- Primer nivel: Es la base de la pirámide y en ella se encuentran cereales, pan, arroz, harinas, papas y legumbres frescas. Incluye importante cantidad de alimentos que contienen carbohidratos complejos como los almidones y las fibras, este grupo de alimentos aporta la mayor parte de las calorías que un individuo sano consume al día. La cantidad calórica debe ser proporcional al gasto energético de cada persona. Las más activas, que gastan una mayor cantidad de energía, deben consumir mayor cantidad de estos alimentos que las sedentarias de su misma edad y sexo.
- Segundo nivel: En este nivel se encuentran algunas hortalizas y frutas que proporcionan las vitaminas A y C. Son alimentos pobres en grasas. Este nivel está dividido en dos compartimentos, uno para verduras y otro para frutas. Estos dos grupos de alimentos son muy importantes por su aporte en minerales vitaminas, especialmente las antioxidantes, fitoquímicos, y por su contenido en fibra.
- Tercer nivel: Localizado en el centro de la pirámide, proporcionalmente menor que los anteriores, está también subdividido en dos partes: el grupo de los lácteos y el que agrupa a carnes, pescados, mariscos, pollos, huevos y legumbres. El grupo de los lácteos es particularmente importante por su aporte de calcio y proteínas de alto valor biológico. En el grupo de las carnes se recomienda el consumo de pescado, por su excelente aporte de proteínas, hierro y en especial, de grasas necesarias para la salud. De

las carnes son preferibles las blancas, por su menor contenido de grasas y, en el caso de carnes rojas, las magras. El grupo de las carnes se caracteriza por su gran aporte de proteínas de alto valor biológico, además de hierro, zinc, y otros minerales esenciales y con buena biodisponibilidad.

- Cuarto nivel: El penúltimo nivel de la pirámide es un compartimento relativamente pequeño que agrupa a aceites, grasas, mantequilla, margarina y a aquellos alimentos que contienen una importante cantidad de grasas, como las aceitunas, frutos secos. Este grupo se encuentran aceites vegetales de oliva, canola, soya y alimentos, que contienen ácidos grasos esenciales para el organismo. Se recomienda tener un bajo consumo de grasas de origen animal, por su contenido de ácidos grasos saturados y colesterol.
- Quinto nivel: Es el compartimento más pequeño y en donde se localizan el azúcar, la miel y aquellos alimentos que los contienen en altas cantidades. Se recomienda que el consumo de estos alimentos sea moderado.

F. Recomendaciones nutricionales

Lonchera saludable: es una comida que se da a media mañana y que cubre una parte del requerimiento de la alimentación del niño, estos alimentos deben ser de fácil digestión, variedad, contraste en colores y preparación ⁽³⁵⁾.

Otras recomendaciones ⁽³⁰⁾:

- No debe permitirse un mal comportamiento a la hora de la comida.
- Ofrecer una variedad de alimentos.
- Hacer la hora de la comida tan agradable como sea posible

- No obligar al niño a que coma
- Los preescolares imitan lo que ven hacer a sus padres. Si los padres comen mucha comida chatarra, el niño no aprenderá a comer saludablemente.

2.3.3. Actividad física

A. Definición

La OMS en el 2014 define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas ⁽³⁶⁾. La OMS recomienda:

- Para niños y adolescentes: 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa
- Para adultos (18+): 150 minutos semanales de actividad moderada.

La actividad física es importante para el crecimiento y desarrollo normal ya que promueve el bienestar físico, el desarrollo psicosocial y la salud en general.

El nivel de actividad física ayuda a determinar las necesidades de energía y proteínas. Cuando hay restricciones de actividad física debido a condiciones especiales se debe evaluar su impacto en las necesidades nutricionales ⁽³⁷⁾.

B. Beneficios

La práctica regular de la actividad física representa una serie de beneficios en diferentes áreas ⁽³⁸⁾:

- Fisiológicos: Mejor función nerviosa, estabilidad cardiovascular, desarrollo muscular, fortalecimiento del sistema óseo, regulación del sistema endocrino, mejoramiento de las habilidades motrices.
- Físicos: mejora la resistencia cardio-respiratoria, la resistencia muscular y en general la composición corporal.
- Desarrollo humano: Confianza en sí mismo, equilibrio emocional, adecuada autoestima e integración social.

Entre los beneficios potenciales de la actividad física para los estudiantes y las escuelas figuran los siguientes ⁽³⁸⁾:

- Mejora de la forma física y la salud
- Reducción de los riesgos para la salud en el futuro
- Intensificación del amor propio y del bienestar psicosocial
- Reducción de los riesgos y los daños que entraña la dedicación de gran cantidad de tiempo a un trabajo sedentario
- Posibilidades de comunicación e interacción abiertas y naturales entre los estudiantes, entre éstos y el personal de las escuelas
- Posibilidades de mejorar la enseñanza y el aprendizaje de otras materias escolares.

C. Pirámide de actividad física en niños

Los niños en edad preescolar deben realizar las siguientes actividades según la pirámide de actividad física en niños según el Ministerio de Salud:

- Televisión, videojuegos, ordenador, con una frecuencia de menos de 2 horas al día.
- Jugar en el parque, artes marciales, baile, flexiones, con una frecuencia de 2 – 3 veces a la semana.

- Patinaje, ciclismo, aeróbicos, natación, correr, voleibol, tenis, básquet, fútbol, con una frecuencia de 3 – 5 veces a la semana (mínimo 20 minutos).
- Jugar al aire libre, subir escaleras, ayudar con las tareas en casa, pasear, caminar, con una frecuencia diaria.

D. Recomendaciones ⁽³⁹⁾:

- Este físicamente activo
- Diviértanse en familia (camine, corra y juegue)
- Fije una rutina separe tiempo para actividades
- Los niños necesitan 60 minutos cada día o la mayoría de los días.
- Organice una fiesta con actividades
- Realice ejercicios en casa
- Muévase en vez de ver mucha televisión
- Regale objetos que fomenten la actividad física

2.3.4. Generalidades sobre conocimiento

A. Definición

La Real Academia Española define al conocimiento como la acción y efecto de conocer ⁽⁴⁰⁾.

El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, el Quién conoce, pero lo es también a la cosa que es su objeto, el Qué se conoce. Su desarrollo ha ido acorde con la evolución del pensamiento humano ⁽⁴¹⁾.

Brown y Duguid, refieren que el conocimiento es fácilmente generado cuando se trabaja conjuntamente, siendo este fenómeno denominado comunidad de práctica. A través de la práctica, una comunidad

desarrolla una comprensión compartida sobre lo que hace, cómo lo hace y cómo se desarrolla ⁽⁴²⁾.

B. Características del conocimiento

Basados en este desarrollo, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer ⁽⁴¹⁾.

- Conocimiento empírico o conocimiento vulgar: Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia ⁽⁴¹⁾.
- Conocimiento filosófico: Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía. otro tipo de conocer que se caracteriza por ser ⁽⁴¹⁾:
 - a. Crítico: no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios.
 - b. Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía, pero no la priva de tener su propia filosofía.
 - c. Cuestionador: recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga por la vida y su sentido y por el hombre mismo en cuanto hombre.

- d. Incondicionado: es autónomo, no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.
 - e. Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal.
- Conocimiento científico: El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones ⁽⁴¹⁾.

C. Conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares

Es el grado de conocimiento, ideas y nociones que adquieren las madres a lo largo de la vida, como producto de su desarrollo que ha ido acorde con la educación e información adquirida para adoptar medidas preventivas sobre la obesidad infantil encaminadas a anticiparse a una dificultad y prever un daño en su niño.

2.3.5. Pre-escolar

A. Definición

Al niño de tres a cinco años con frecuencia se le denomina en edad preescolar, periodo que se caracteriza por una desaceleración del proceso de crecimiento ⁽⁴³⁾.

Otro lo define como niños entre los 2 y los 5 años de edad ⁽⁴⁴⁾.

De acuerdo a nuestra investigación utilizaremos la definición en donde clasifica de 3 a 5 años a la etapa preescolar.

B. Características generales del preescolar

La ganancia de peso ponderal en los años preescolares (de 3 a 5 años) es de unos 2 a 2.5kg por año, y unos 6 a 7 cm de talla por año ⁽⁴⁵⁾.

El niño de esta edad controla bien sus músculos y participa en juegos vigorosos. Conforme transcurre el tiempo, se incrementa su dominio de las habilidades hasta entonces adquiridas. Puede columpiarse y brincar alto, su forma de caminar se asemeja a la de un adulto, tiene más confianza en sí mismo ⁽⁴³⁾.

El desarrollo y el crecimiento del preescolar es distinta de acuerdo a las edades de tienen como se puede observar a continuación ⁽⁴³⁾:

3 años:

- Físico: Aumento habitual de peso de entre 1.8 y 2.7 kg, peso promedio de 14.6 kg, aumento habitual de talla 7.5 cm, talla promedio de 95 cm, suelen controlar vejiga e intestinos durante la noche.
- Motor grueso: Monta triciclo, salta del último escalón, se sostiene sobre un pie varios segundos, sube las escaleras alternando los pies; puede bajar poniendo ambos pies en el escalón. saltos anchos, intentar bailar, tal vez el equilibrio no sea el adecuado.

4 años:

- Físico: Ritmo de crecimiento similar al del año anterior, peso promedio de 16.7 kg, talla promedio de 103 cm, se duplica el largo que tenía al nacer, potencial máximo de desarrollo de la ambliopía.
- Motor grueso: Salta y brinca en un pie. agarra la pelota, la avienta por arriba de la cabeza, alterna los pies al bajar la escalera.

5 años:

- Físico: Peso promedio de 18.7 kg, talla promedio de 110 cm, suele empezar la erupción de los dientes permanentes, se establece la mano dominante (aproximadamente el 90% son diestros).
- Motor grueso: Salta y brinca en un pie y otro, lanza y agarra bien la pelota, salta la cuerda. patina con buen equilibrio, camina hacia atrás, salta de una altura de 30 cm, se para en un pie y luego la alterna con los ojos cerrados.

2.3.6. Rol de los padres en la prevención de la obesidad infantil

Los padres otorgan la primera educación en los niños y estos son las personas más importantes en la vida del niño también. La familia es la unidad básica de la sociedad, sin la familia la sociedad no funcionaría. Por lo tanto la colaboración de los padres con la escuela (el trabajo mano a mano de ambos) es muy importante para el desarrollo del niño⁽⁴⁶⁾.

La alimentación es el punto básico y de más responsabilidad en los padres. Para el desarrollo sano y fuerte de un niño es indispensable determinar hábitos y rutinas como: los menús, los horarios y el tipo de alimentos que toman los niños ⁽³⁹⁾.

Los padres deben conocer que en la etapa preescolar, los niños están todavía desarrollando sus hábitos alimenticios, están ansiosos por aprender, especialmente de otras personas, ya menudo imitarán las conductas alimentarias de los adultos ⁽⁴⁷⁾.

Sería un error pensar que todo lo que los alumnos aprenden forma parte del currículo, hay otras formas de aprendizaje no escritas, entre ellas la imitación, y en esta edad sus dos modelos de identidad fundamentales son sus padres y sus profesores. Hay otros ámbitos de

influencia que no podemos desdeñar su importancia como son los medios audiovisuales, en este campo de la alimentación ⁽⁴⁸⁾.

Los niños aprenden por imitación, por ello el papel de los padres y maestros en la educación, también influirán en él sus compañeros y amigos, la publicidad en los medios de comunicación, en particular la televisión ⁽⁴⁸⁾.

Padres y educadores deben crear unos hábitos alimentarios saludables durante la infancia, contribuyendo a un correcto crecimiento y desarrollo de los niños, lo cual es fundamental para evitar enfermedades crónicas en la edad adulta. Porque si desde la infancia se adoptan y promocionan buenos hábitos alimentarios, estos favorecerán la práctica de un estilo de vida más saludable en la edad adulta, previniendo patologías como las conocidas obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y cáncer ⁽⁴⁸⁾.

A continuación se enumeran algunas acciones que los padres deben hacer para mejorar la alimentación en sus niños ⁽⁴⁷⁾:

- Preparar comidas, proporcionar bocadillos programados regularmente y limitar los alimentos fuera de horario.
- No permitir el mal comportamiento a la hora de comer. Los niños deben concentrarse en comer, no en jugar en la mesa o con la comida.
- Se les debe proporcionar toda una variedad de alimentos. Así el niño aprenderá a comer la mayoría de los alimentos.
- Se debe intentar que a la hora de la comida sea agradable. No se debe obligar al niño a que coma, ni esforzarlo a que termine todo el plato.
- Los padres deben convertirse en un ejemplo de hábitos alimentarios saludables para los niños. Cabe recordar que los niños en edad preescolar suelen imitar a sus padres. Si los padres poseen hábitos inadecuados (por ejemplo, comer mucha

comida chatarra) el niño no aprenderá a comer de manera saludable.

Conocimiento de la madre sobre obesidad infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación y actividad física, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades ⁽⁴⁹⁾.

El conocimiento depende de factores, como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, entre otros ⁽²⁹⁾. También influyen los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura ⁽⁵⁰⁾.

2.3.7. Rol de la enfermera frente a la obesidad infantil

La promoción orienta su trabajo a nivel individual y colectivo en busca de equidad en salud, para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones. Según la OPS/OMS, sus instrumentos son la educación y la comunicación basados en métodos y técnicas participativas; sus escenarios de trabajo son ciudades, municipio, barrios, parroquias, hogares, familias, escuela, universidades, unidades sanitarias, mercados entre otros y toda la red de servicios ⁽²⁵⁾.

La enfermera en este campo tiene responsabilidad a nivel individual y colectivo de desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas sanitarias que aporte estilos de vida saludables, promoviendo la participación de las personas, organizaciones y comunidades con el fin de crear cultura en salud. Las prestaciones de promoción de la salud están destinadas a mantener y desarrollar condiciones de vida saludable, individuales y colectivas que son parte de los bienes públicos ⁽²⁵⁾.

La promoción se la concibe como un proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Sus actividades se orienta a ⁽²⁵⁾:

- Vincular a la gente con el entorno
- Ejercer control sobre los determinantes de la salud
- Combinar la lección personal con la responsabilidad social
- Promover la acción intersectorial
- Promover estilos de vida
- Incrementar la acción comunitaria
- Dar poder para ejercer derechos y responsabilidades
- Mejorar condiciones de salud individual y colectiva
- Potenciar al máximo la salud

Podemos incluir a Nola Pender: quien realizó un modelo promoción de la salud quien habla sobre determinar la importancia de promocionar la salud, de mantener un nivel de salud óptimo. Identifica la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI. Sugiere que un estado de salud optimo hace innecesaria la prevención de la enfermedades ⁽²⁵⁾.

Para Nola Pender la conducta promotora de salud es el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual, y construir unas relaciones positivas ⁽⁵¹⁾.

Realizar un estudio e investigación de las actitudes y características personales en relación a lo que implica la promoción dela salud, y llega a identificar dos tipos de factores que interactúan y dan como resultado la generación de ciertas conductas sanitarias. Estos factores son ⁽²⁵⁾:

- A. Factores cognitivos perceptivos, son: el conocimiento de la persona de lo que significa salud (o solo ausencia de la enfermedad, sino un alto nivel de bienestar), la importancia que el individuo da a su salud, la comprensión de que tienen capacidad para modificar su salud, la percepción de que mantenerse con salud trae beneficios, pero también de que existe barreras que dificultan lograrlo. Estos factores que influyen directamente sobre la conducta de la persona.

- B. Factores modificantes, son: las características demográficas, biológicas, influencias interpersonales, por ejemplo, edad, educación, cultura, entre otros. Estos factores influyen indirectamente con la conducta del individuo.

Nola Pender refiere que el rol de la enfermería es identificar factores del individuo para promocionar la salud correctamente ⁽²⁵⁾.

2.4. HIPÓTESIS

Según Hernández Sampieri, las hipótesis son explicaciones tentativas entre dos o más variables, dado que el presente trabajo de investigación considera para el estudio una sola variable; por lo tanto, no se formula hipótesis ⁽⁵²⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPOS – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación “Conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015.” es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal.

Según Sampieri, es un estudio cuantitativo debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar con métodos estadísticos ⁽⁵²⁾.

Es de tipo descriptivo por que se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

Es de tipo transversal porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

3.2. POBLACIÓN

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII – Comas, con un total de 60 madres de niños entre las edades de 3 a 5 años que están matriculados y asistan a dicha institución.

3.2.1. Criterios de inclusión

- A. Madres de niños entre las edades exactas de 3 a 5 años.
- B. Madres que desean participar voluntariamente.
- C. Madres de niños matriculados asistentes en la Institución Educativa Luis Enrique XIII.

3.2.2. Criterios de exclusión

- A. Madres que no desean participar.
- B. Madres de niños menores de 3 años.
- C. Madres de niños mayores de 5 años.

3.3. VARIABLE

Conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares (Anexo A).

3.3.1. Definición conceptual

Es el grado de conocimiento, ideas y nociones que adquieren las madres a lo largo de la vida, como producto de su desarrollo que ha ido acorde con la educación e información adquirida para adoptar medidas preventivas sobre la obesidad infantil encaminadas a anticiparse a una dificultad y prever un daño en su niño.

3.3.2. Definición operacional

Es el grado de conocimiento que adquieren las madres de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, como producto de su desarrollo que ha ido acorde con la educación e información adquirida para adoptar medidas preventivas sobre la obesidad infantil enfocados en tres parámetros (generalidades de la obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física) encaminadas a prever un daño en su niño preescolar de 3 a 5 años de edad, el cual será medido con el cuestionario COAFALI.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta, utilizando el instrumento del cuestionario COAFALI, la cual

nos permitió obtener información de los sujetos de estudio, proporcionado por ellos mismos, sobre conocimientos que poseen las madres para la prevención de la obesidad infantil. El instrumento que se utilizó para la investigación es el cuestionario, fue elaborado por las autoras de la investigación basándonos en el marco teórico de nuestro trabajo.

3.4.1. Construcción y validación del cuestionario

Para la realización del presente trabajo de investigación se describió el marco conceptual y la realidad, donde se partió desde las capacidades que poseen las madres en sus niveles de conocimientos acerca de la prevención de la obesidad infantil, de tal manera que se realizó la búsqueda bibliográfica en diferentes artículos científicos y de revisión, como también trabajos de investigación relacionados al tema de investigación para la elaboración del instrumento (Anexo B).

A. Antecedentes del instrumento

El presente instrumento fue creado por las autoras de la investigación basándonos en revisiones bibliográficas que se encuentran en el marco teórico y también de trabajos anteriores los cuales estaban ligados directamente al tema en mención, cada uno de los ítems fueron creados, revisados y comparados con las anteriores revisiones dándonos una idea precisa de lo que se quiere medir con ella para la población de estudio.

B. Definición de dimensiones del instrumento

Se obtuvo la información de la actual Norma Técnica de Salud de para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años RM.-N° 990 – 2010/MINSA ⁽⁵³⁾, artículos de revisión ⁽⁵⁴⁾, tesis⁽¹⁷⁾⁽²⁰⁾, estableciendo como Palabras Clave: obesidad infantil, conocimiento, alimentación, actividad física, preescolar, madres.

C. Selección de preguntas y confección del cuestionario

En función al constructo teórico se obtuvo un conjunto de 16 preguntas y se clasificaron en función de las dimensiones de nivel conocimiento sobre la obesidad infantil las cuales fueron: generalidades de obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física.

D. Proceso de validación del cuestionario

En esta etapa se consideró validar el instrumento a través de jueces expertos y la prueba piloto.

- Validez de contenido: La validación de instrumento mediante el juicio de expertos se trata básicamente de una técnica cuya realización se da mediante el punto de vista metodológico de los expertos. Esto consiste en solicitar a un grupo de personas conocedoras del área de investigación o directamente del tema a tratar que realicen la demanda de un juicio hacia un objeto, un material de enseñanza, o de un instrumento elaborado por preguntas directamente del tema a tratar.

El instrumento se evaluó mediante el punto de vista metodológico de cada uno de los expertos conocedores del tema de investigación que fueron una cantidad de 9 los cuales cada uno de ellos cumplía con un perfil adecuado para la evaluación de dicho instrumento los perfiles de cada uno de ellos fueron los siguientes:

Tres metodólogos especialistas en el área de investigación y conocedores del tema con una gran trayectoria en el ámbito investigativo.

Un pediatra con años de experiencia en dicho ámbito y estudios acerca de obesidad infantil en niños.

Tres enfermeros en el área de crecimiento y desarrollo conocedoras de tema que se encuentran actualmente laborando en el área de crecimiento y desarrollo en distintos centros de salud.

Dos nutricionistas con experiencia en trabajos investigativos en el ámbito de niños con obesidad.

- Prueba piloto: Se planteó y se consideró en selección a una muestra del 10% de la población planificada, se le envió la solicitud para ser parte de la investigación el cual fue aceptada, de tal manera el estudio piloto fue realizado a una Institución Educativa Inicial 8160 Los Chasquis - Comas, con características similares de la población en investigación (madres de preescolares de las edades de 3 a 5 años), con un total de 21 madres de familia, donde se les aseguro la privacidad y la confiabilidad de los datos proporcionados. Donde luego se analizó y evaluó la confiabilidad del constructo.

E. Descripción de los datos de validación del instrumento

Para la prueba de jueces de expertos se realizó la prueba de concordancia de Kendall obteniendo una "p" de significancia menor a 0,05; concluyendo que existe concordancia entre los jueces (Anexo C)

En la prueba piloto se utilizó el estadísticos Kuder Richardson obteniendo una fiabilidad alta con un resultado de 0,69 (Anexo D), siendo así validado el instrumento. Este tipo de estadístico es aplicable solo en instrumentos con ítems dicotómicos, en los cuales solo existe una respuesta correcta, siendo el resto incorrectas.

F. Versión final del instrumento validado

El cuestionario Conocimiento de Obesidad, Actividad Física y Alimentación (COAFALI) en versión final consta de 16 preguntas

cerradas, está estructurado en tres dimensiones: generalidades de obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física (Anexo E).

Se utilizó la escala de Stanones para categorizar cada una de las dimensiones y el cuestionario en general. Para ello, se hallará el promedio aritmético y la desviación estándar, usando una constante 0.75, para identificar los límites de los intervalos agrupados calificándolos en tres parámetros: conocimiento alto, conocimiento medio, conocimiento bajo.

Para ver el nivel de conocimiento de todo el cuestionario se obtendrá como resultado las siguientes categorías (Anexo F):

Conocimiento alto: 14.89 – 20

Conocimiento medio: 9.20 – 14.88

Conocimiento bajo: 0 – 9.19

En el cuestionario cada pregunta tiene un puntaje de 1.25 puntos, teniendo como una suma total de las 16 preguntas un puntaje de 20 puntos.

La dimensión de generalidades de obesidad infantil consta de 5 preguntas que involucran: definición, causas, consecuencias, diagnóstico, mitos y creencias. Para ver los resultados del nivel de conocimiento de esta dimensión consta de la siguiente categoría (Anexo G):

Conocimiento alto: 5.20 – 6.26

Conocimiento medio: 3.02 – 5.19

Conocimiento bajo: 0 – 3.01

Teniendo en cuenta que a cada pregunta correcta se le asigna puntaje de 1.25. En esta primera dimensión el puntaje total de las 5 preguntas suma un total de 6.25.

La dimensión de alimentación saludable consta de 7 preguntas que involucran: definición, importancia, frecuencia, comidas del día. Para ver los resultados del nivel de conocimiento de esta dimensión consta de la siguiente categoría (Anexo H):

Conocimiento alto: 6.13 – 8.75

Conocimiento medio: 3.24 – 6.12

Conocimiento bajo: 0 – 3.23

Teniendo en cuenta que a cada pregunta correcta se le asigna puntaje de 1.25. En esta segunda dimensión el puntaje total de las 7 preguntas suma un total de 8.75.

La dimensión de actividad física consta de 4 preguntas que involucran. Definición, importancia, actividades diarias y tiempo de distracción. Para ver los resultados del nivel de conocimiento de esta dimensión consta de la siguiente categoría (Anexo I):

Conocimiento alto: 4.30 - 5

Conocimiento medio: 2.18 – 4.29

Conocimiento bajo: 0 – 2.17

Teniendo en cuenta que a cada pregunta correcta se le asigna puntaje de 1.25. En esta tercera dimensión el puntaje total de las 4 preguntas suma un total de 5.

3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para iniciar el proceso de recolección de datos, se tomará en cuenta las siguientes pautas:

3.5.1. Fase 0: Coordinaciones previas

- Se coordinó la aprobación y el permiso de la Universidad de Ciencias y Humanidades para el desarrollo del trabajo de investigación.

- Se realizó la visita previa al director de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII ubicado en el distrito de Comas, para darle a conocer la investigación que se pretende realizar en el plantel y si acepta la propuesta.

3.5.2. Fase 1: Autorización para la recolección de datos

- Se tramitó un documento en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades dirigido al director de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, solicitando la autorización para realizar el trabajo de investigación y brindar las facilidades para la recolección de información. El cual fue autorizado por la dirección de la Institución Educativa en la fecha 1 de Junio de 2015 (Anexo J).

3.5.3. Fase 2: Coordinaciones para la recolección de datos

- Se entregaron los consentimientos informados a las madres de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII (Anexo K).
- Se plantearon los días para la realización de la recolección de datos.

3.5.4. Fase 3: Aplicación del instrumento

- La aplicación del instrumento Conocimiento de Obesidad, Actividad física y Alimentación (COAFALI) se llevó a cabo en los días 10, 12 y 17 de noviembre en las instalaciones de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, realizándose en las horas donde las madres dejaban a sus hijos y los recogían de dicha institución, obteniendo como resultado un total de 60 madres encuestadas en el lapso de las fechas programadas.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

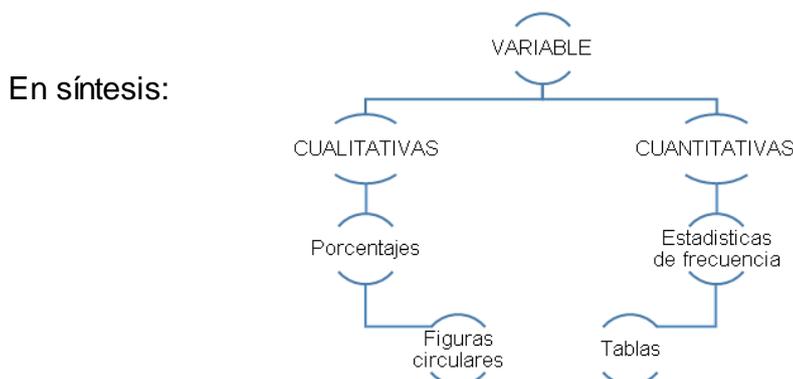
El procesamiento de datos de la información recolectada fue insertado en una base de datos del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

Para el proceso de validación por jueces de expertos se hizo uso de la prueba no paramétrica, de muestras no relacionadas del coeficiente de correlación de Kendall, el cual permitió identificar la concordancia entre la evaluación realizada por los jueces de expertos.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico Kuder Richardson, el cual permitió identificar la confiabilidad del instrumento.

Las variables cualitativas son expresadas a través de porcentajes y presentadas en figuras circulares.

Las variables cuantitativas son analizadas con estadísticos de frecuencia como la media y desviaciones estándar, expresadas en tablas.



Fuente: Elaborado por las autoras de la investigación.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

En el desarrollo de esta investigación se considerarán los siguientes principios de la bioética:

3.7.1. Principio de Autonomía

Este principio es respetar a las personas como individuos autónomos, es decir reconocer sus decisiones tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. En este proyecto de investigación se respetará la libertad de decisión de la madre, donde será partícipe del proyecto informándole que los datos serán plenamente confidenciales y para ello se deja como resguardo el consentimiento informado (es un documento legal donde garantiza que la persona de forma voluntaria acepta ser parte de la investigación).

3.7.2. Principio de Beneficencia

La Institución Educativa Inicial se entregará un ejemplar de la tesis cuanto esta haya sido aprobada luego de la sustentación, para que así pueda tomar medidas correspondientes de acuerdo a los resultados encontrados.

3.7.3. Principio de No Maleficencia

Nuestra profesión está enfocada a hacer el bien y no causar daño alguno, por lo tanto, no se ocasionará ningún daño a su integridad física de la madre ya que solo se le tomará una encuesta.

3.7.4. Principio de Justicia

Este principio se trata de ser equitativo, justo y tratar de igual forma a cada una de las madres con los mismos derechos. Evitando la discriminación ya sea cultural, racial, social, ideológico, económico, entre otros. Esto significa que todas las personas tendrán la misma posibilidad de ingresar al proyecto de investigación, siempre y cuando la madre acepte ser partícipe y firme el consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Descripción de población de estudio

Se realizó la encuesta a 60 madres de familia de la Institución Educativa Luis Enrique XIII, los datos la población de estudio revela que la edad media de fue 33,45 años con una desviación estándar de $\pm 7,349$ (Tabla 1). Acorde al grado de instrucción predomino el nivel secundario con el 71,7%, siguiendo el 16,7% con un nivel superior y solo el 11,7% con un nivel primario (Tabla 2).

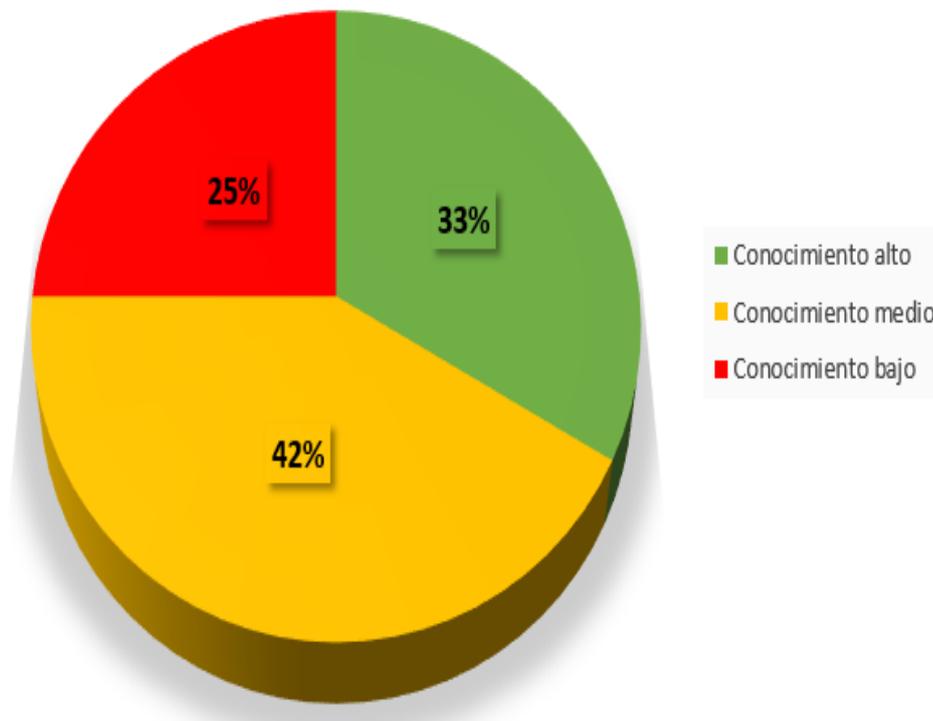
Según la ocupación de las madres el 93,3% se dedican a ser amas de casa (Tabla 3). El 73,3% de las madres tiene como estado civil la convivencia, siguiendo el estado civil de casada con 18,3% (Tabla 4).

Según el departamento de procedencia el 78,3% de las madres son del departamento de Lima (Tabla 5). El 93,3% de las madres se ocupa de preparar los alimentos a sus niños (Tabla 6).

4.1.2. Descripción de resultados por dimensiones

Los datos que se presentan a continuación están articulados según los objetivos del estudio.

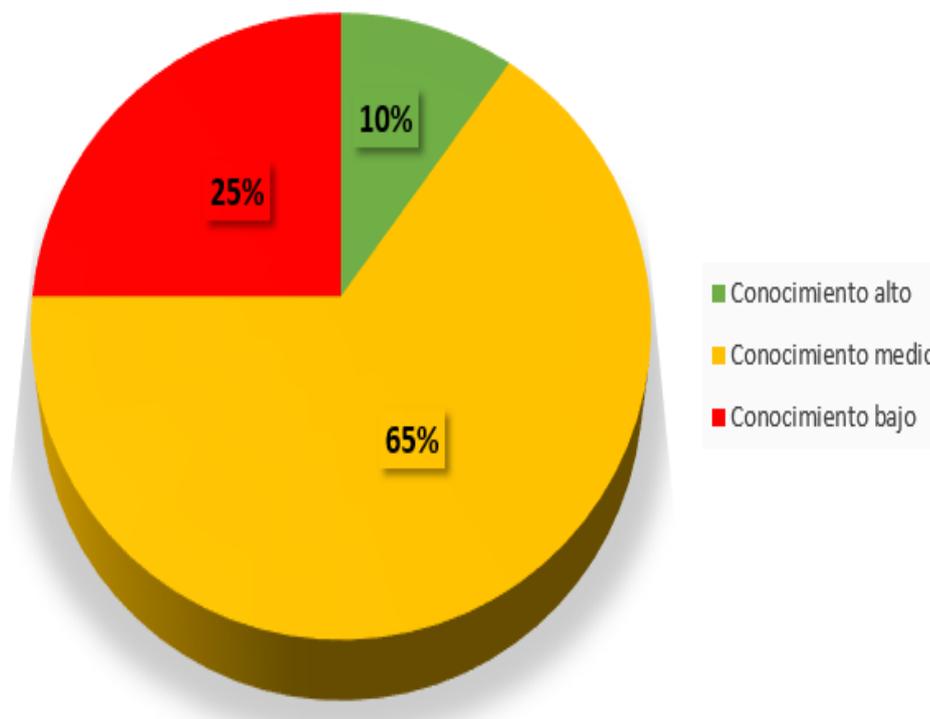
Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015.



Fuente: Encuesta realizada por las estudiantes de la EPE - UCH

En el gráfico, respecto al nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la obesidad infantil se puede observar que el 42% de las madres tienen un conocimiento medio, siguiendo un 33% con un conocimiento alto y el 25% de las madres tienen un conocimiento bajo.

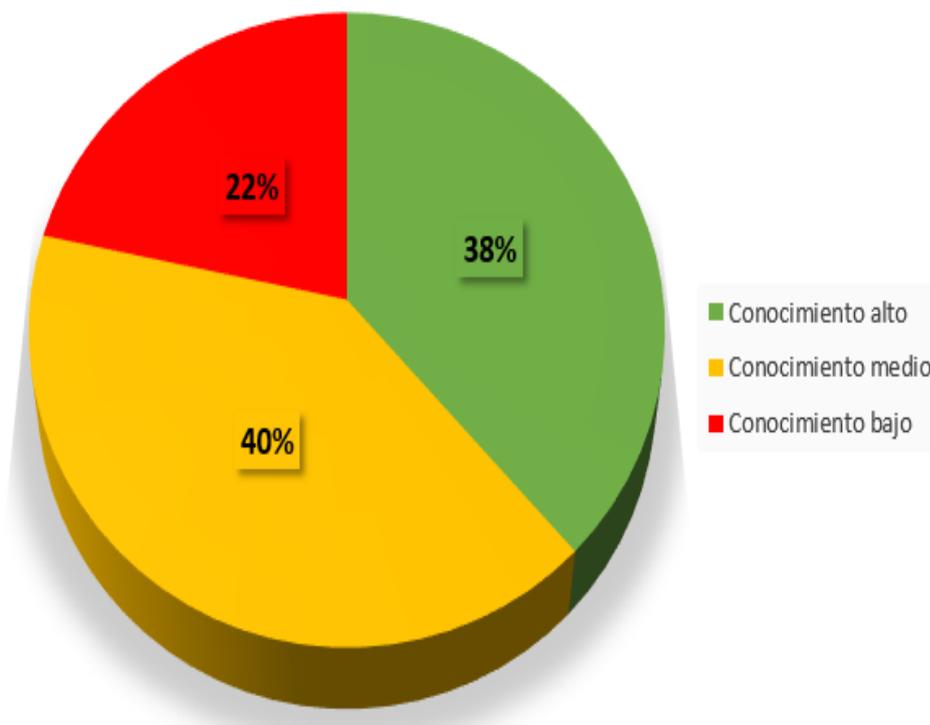
Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión generalidades de la obesidad infantil



Fuente: Encuesta realizada por las estudiantes de la EPE - UCH

En el gráfico, respecto a los conocimientos de las madres en la dimensión de generalidades de la obesidad infantil, se puede observar que el 65% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 25% que tienen un nivel de conocimientos bajo, teniendo por último un 10% con un conocimiento alto.

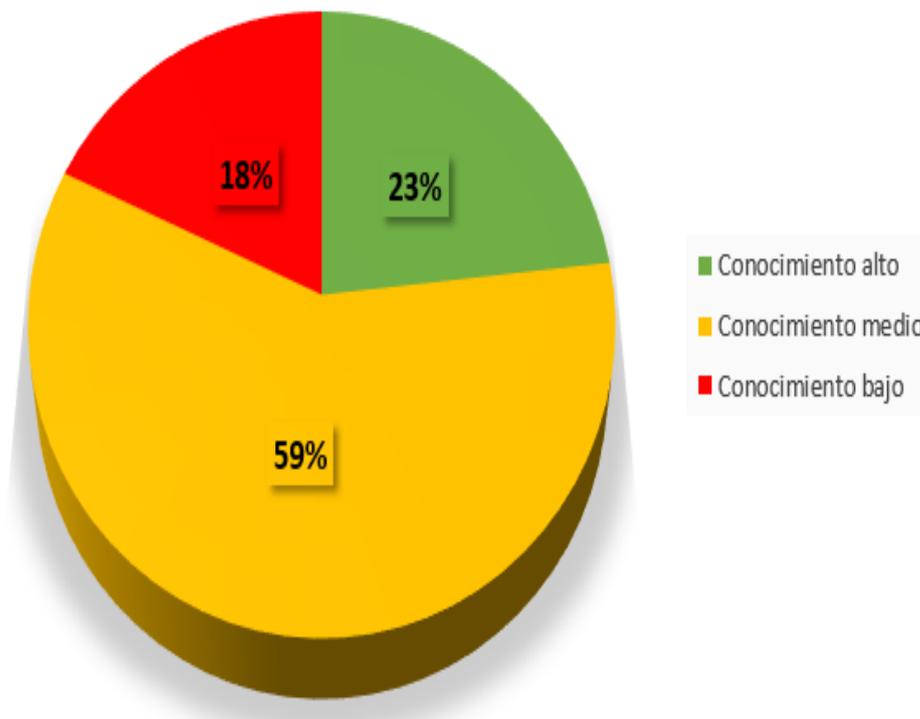
Gráfico 3: Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión alimentación saludable.



Fuente: Encuesta realizada por las estudiantes de la EPE - UCH

En el gráfico, respecto a los conocimientos de las madres en la dimensión de alimentación saludable, se puede observar que el 40% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 38% que tienen un nivel de conocimientos alto, teniendo por último un 22% con un conocimiento bajo.

Gráfico 4: Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares según la dimensión actividad física.



Fuente: Encuesta realizada por las estudiantes de la EPE - UCH

En el gráfico, respecto a los conocimientos de las madres en la dimensión de actividad física, se puede observar que el 59% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 23% que tienen un nivel de conocimientos alto, teniendo por último un 18% con un conocimiento bajo.

4.2. DISCUSIÓN:

Actualmente los índices de sobrepeso y obesidad en la etapa infantil se han incrementado de manera alarmante en los últimos 30 años, cabe resaltar que los hábitos de vida saludable se instauran en la infancia, donde el entorno familiar contribuye a tener una alimentación saludable y realizar actividad física, siendo la madre la principal autora en transmitir estos hábitos saludables a sus hijos, por tal motivo es importante evaluar el nivel de conocimientos de las madres sobre la prevención de la obesidad infantil.

En la población compuesta por 60 madres de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, los resultados se obtuvieron con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas – 2015.

Es importante considerar que el alcance obtenido en los resultados es valioso para que las autoridades de la Institución Educativa Inicial se den cuenta de la problemática de su población con respecto al nivel de conocimiento sobre prevención de la obesidad infantil; además, sirve esta información será valiosa para el centro de salud de la jurisdicción.

Nuestro estudio fue realizado en una Institución Educativa pública de nivel inicial. Analizando nuestros antecedentes coincidimos con todos ellos, que fueron desarrollados en instituciones con características similares pero en grupos etarios distintos, como es el caso de la investigación de Quispe Cusicuna Ebelin donde el grupo que utiliza son padres de escolares, y la investigación de Hoyos Ortiz Susana, Juárez Zevallos María, Torres Príncipe Lisseth donde la población son las madre de escolares; en cambio, la investigación de Garay Juipa Raquel y la investigación de Durand Pinedo Diana son aplicadas en madres de preescolares.

En nuestra investigación optamos por realizar un instrumento, con el propósito de englobar tres temas fundamentales (obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física), que abarque de forma más integral el aspecto preventivo en la obesidad infantil. Al revisar la literatura científica encontramos instrumentos, pero tenían una visión distinta en otros aspectos, ya que cada investigación aborda una perspectiva diferente a lo que nosotras queríamos evaluar en las madres. En nuestro estudio para la elaboración del instrumento consideramos tres dimensiones las cuales son: generalidades de obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física. Haciendo una contrastación con nuestros estudios antecedentes, se identificó en el estudio de Quispe Cusicuna Ebelin, de Perú, que considera dos dimensiones: alimentación y actividad física, la cual coincide con nuestra investigación.

El grado de instrucción de las madres proporciona una mejor calidad de vida para sus pequeños hijos, ya que, por medio del proceso educativo, se adquieren capacidades y conocimientos que se aplican en la vida diaria, en nuestra investigación respecto al grado de instrucción de las madres coincide con las investigaciones de Quispe Cusicuna Ebelin y Durand Pinedo Diana, dando como resultado que un mayor porcentaje de las madres tenía grado de instrucción secundaria, al igual que en nuestra investigación.

Al analizar los datos encontrados en la encuesta que se realizó a las madres de los preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, respecto al objetivo general sobre el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la obesidad infantil se puede observar que el 42% de las madres tienen un conocimiento medio, siguiendo un 33% con un conocimiento alto, y el 25% de las madres tienen un conocimiento bajo.

Comparando con el antecedente de Quispe, en la ciudad de Lima – Perú, en el año 2015, realizó un estudio sobre: “Conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad en escolares en una Institución

Educativa de Lima - 2014”⁽¹⁷⁾, respecto a los conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad el 52.3% no conocen como prevenir la obesidad, sobre las medidas de prevención de obesidad en escolares en relación con la alimentación y actividad física, lo que se traduce en que los escolares tienen riesgo de desarrollar obesidad y sus complicaciones como enfermedades crónicas. Si en los resultados de nuestra investigación sumamos el porcentaje de nivel de conocimiento medio y bajo tendríamos un resultado de un 67% de las madres no conocen lo que nos da a conocer que existe una problemática notoria sobre la falta de conocimiento en la prevención de obesidad infantil, que puede implicar que los preescolares tengan un alto riesgo de desarrollar obesidad y sus complicaciones como otras enfermedades crónicas.

Analizando los resultados por dimensiones, observamos que en nuestra primera dimensión (generalidades de obesidad infantil) que consta de 5 preguntas dando como resultado lo siguiente: que el 65% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 25% que tienen un nivel de conocimientos bajo, teniendo por último un 10% con un conocimiento alto. Esto nos da a conocer que solo un pequeño porcentaje conoce sobre el tema de obesidad infantil, esto podría ser porque han obtenido mayor conocimiento por otros medios; en esta dimensión el mayor porcentaje fue el conocimiento medio, cabe resaltar que si a estas madres no se les orienta oportunamente sobre el tema pueden llegar a un nivel de conocimiento bajo sumando así a un total de un 90%, lo cual sería alarmante porque perjudicaría a los preescolares, ya que ellas no conocerían las causas, consecuencias que puedan identificar una obesidad infantil.

Viendo nuestra segunda dimensión (alimentación saludable) que consta de 7 preguntas dando como resultado lo siguiente: que el 40% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 38% que tienen un nivel de conocimientos alto, teniendo por último un 22% con un conocimiento bajo.

Esto coincide con la investigación de Durand Pinedo Diana, en la ciudad de Lima - Perú, en el año 2010, realizó un estudio sobre “Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao en el año 2008” ⁽²⁰⁾, donde el 57% tiene un nivel de conocimiento medio, el 33% tienen conocimiento alto y 10% poseen un nivel de conocimiento bajo.

Del mismo modo, la investigación de Hoyos Ortiz Susana, Juárez Zevallos María, Torres Príncipe Lisseth, en la ciudad de Lima – Perú, en el año 2013; realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación y su relación con el estado nutricional del escolar en la Institución Educativa 3064 Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012” ⁽¹⁹⁾, donde el nivel de conocimiento medio fue de 38.7%, conocimiento bajo 33.6% y conocimiento alto 26.7%.

En esta segunda dimensión se puede observar que, en las investigaciones de Durand Pinedo Diana y Hoyos Ortiz Susana, Juárez Zevallos María, Torres Príncipe Lisseth, se obtuvo similar resultado sobre un conocimiento medio respecto a la alimentación saludable. Esto da a conocer que la gran mayoría de las madres presentan un nivel de conocimiento medio, mientras que en la investigación de Baracco Adriana, Ochoa Yamila y Romero Mayra, en el año 2014, quienes realizaron un estudio sobre “Conocimiento de los padres sobre la alimentación en niños en edad escolar” ⁽¹⁵⁾, los padres obtuvieron un nivel de conocimiento bajo acerca de una adecuada alimentación; por ello es importante dar información oportuna a las madres para prevenir la obesidad infantil.

Viendo nuestra tercera dimensión (actividad física) que consta de 4 preguntas dando como resultado lo siguiente: que el 59% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 23% que tienen un nivel de conocimientos alto, teniendo por último un 18% con un conocimiento bajo. Como se puede observar que en esta dimensión el

23% es un nivel de conocimiento alto, debido a la información que podrían haber obtenido por diversos medios; en esta dimensión el mayor porcentaje fue el conocimiento medio, cabe resaltar que si a estas madres no se les orienta oportunamente sobre el tema pueden llegar a un nivel de conocimiento bajo sumando así a un total de un 77%, lo cual sería alarmante porque perjudicaría a los preescolares, ya que ellas no conocerían las actividades diarias y la importancia de que los preescolares realicen actividad física, y por lo tanto con el transcurso del tiempo los niños van perdiendo el gusto por realizar actividad física, como afirma Delgado Espinoza Ana, en el año 2012, con la investigación titulada “La actividad física como prevención de la obesidad en niños entre 6 y 12 años en los Centros Educativos de la Parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca – 2012”⁽¹⁶⁾.

Las madres deben conocer el tipo y el tiempo de actividad acorde a la edad del preescolar enfatizando el gasto energético en relación entre la ingesta de alimentos y actividad física que es esencial en el buen funcionamiento del organismo, para sostener el equilibrio de la energía ingerida al igual que la utilizada. Si se consume más energía de la necesaria por desconocimiento de la madre, el preescolar estaría predispuesto a presentar obesidad infantil y posteriores complicaciones.

La mayoría de los factores asociados a la obesidad infantil están ligados con el estilo de vida saludable. Es así que se recomienda a las madres tomar conciencia con respecto a los hábitos alimenticios, dietas balanceadas y actividad física que lo ayude a mantenerse en el peso ideal. También la costumbre desde temprana edad para que en el futuro tenga un estilo de vida saludable, siendo ambos de igual importancia para prevenir la obesidad infantil.

Dentro de la investigación se alcanzó a evidenciar que el profesional de salud, tiene una función vital en la orientación y concientización a las madres para prevenir la obesidad infantil mediante estrategias de acción que resulten más productivas y eficaces.

Los profesionales de salud deben promocionar conocimientos a la madre de familia sobre una alimentación saludable y enseñanza a los niños desde una temprana edad sobre una alimentación sana y equilibrada, El cual ayudara en su auto cuidado adquiriendo como un hábito desde la infancia. La enfermería utiliza el enfoque holístico, teniendo como base el paradigma transformación que ve al paciente en todo su aspecto biosicosocial, cultural espiritual. Que nos lleva a dar atención individualizada a las personas entregándole herramientas para su auto cuidado, haciéndolos parte del proceso de prevención de enfermedades.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

Luego de haber realizado el presente estudio de investigación, se formularon las siguientes conclusiones que responden a nuestros objetivos planteados:

- Se evidenció que la mayor parte de madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de obesidad infantil.
- Mediante los resultados se demuestra que ha predominado el nivel de conocimiento medio en las madres de los preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII con respecto a la dimensión de generalidades de la obesidad infantil.
- Las madres de los preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII en su mayoría presentan un nivel de conocimiento medio y alto sobre la dimensión de alimentación saludable.
- Mediante los resultados se demuestra que las madres de los preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII en su mayoría presentan un nivel de conocimiento medio y alto sobre la dimensión de actividad física.

5.2. RECOMENDACIONES:

- De acuerdo con los resultados obtenidos se recomienda a la institución educativa en coordinación con el centro de salud cercano, incorporen estrategias dirigidas a brindar conocimientos a las madres de los preescolares sobre alimentación saludable y actividad física para prevenir la obesidad infantil.
- Realizar investigaciones similares sobre este tema con otra realidad socioeconómica y realizar comparación de resultados.
- Incorporar el enfoque de promoción y prevención, la información que adquieran las madres de familia desempeña un papel importante, es por esa razón que se debe priorizar la educación sobre la alimentación saludable y la actividad física en etapa preescolar, con el fin de crear una cultura de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad infantil [www.who.int/es/]. Ginebra-Suiza: OMS; 2016 [Actualización 2016; 25 mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre obesidad infantil [www.who.int/es/]. Ginebra-Suiza: OMS; 2016 [Actualización 2016; 25 mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
3. World Health Organization. Ending Childhood Obesity. Ginebra-Suiza: OMS; 2016.
4. Instituto Médico Europeo de la Obesidad. La OMS alerta de que la obesidad infantil se duplica en los países pobres [www.imeoobesidad.com]. Madrid: IMEO; 2016. [Actualización 2016; 25 mayo del 2016]. Disponible en: <https://stopalaobesidad.com/category/estadisticas-obesidad-2/>
5. Ministerio de Salud. Plan general de la estrategia sanitaria nacional de alimentación y nutrición saludable 2009 - 2011. Lima - Perú: MINSA; 2009.
6. Castillo O. Perú es octavo en el ranking mundial de obesidad infantil [www.inversionenlainfancia.net/]. Perú: Inversión en la Infancia; 2011. Actualización 2016; 25 mayo del 2016]. Disponible en: <http://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/opinion/245/0>.
7. Gonzáles C, Villa D. Herencia alimentaria : Promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia , una estrategia pedagógica durante la crianza para la prevención de la obesidad en niños. *ReiDoCrea*.2015; 4:35–47.
8. Ministerio de Salud. Situación nutricional en niños menores de 5 años. Lima - Perú: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2013.
9. Hidalgo M, Güemes M. Programa de formación continua en pediatría

- extrahospitalaria. *Sepeap*; 2011;15 (4):351–368.
10. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad* [www.who.int/es/]. Ginebra-Suiza: OMS; 2016 [Actualización 2016; 25 mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
 11. Benito J. *Notas sobre la historia de Lima Norte: los tiempos virreinales* [www.jabenito.blogspot.com]. Lima; 2009 [Actualización 2015; 25 abril del 2015]. Disponible en: <http://jabenito.blogspot.com/2010/02/notas-sobre-la-historia-de-lima-norte.html>
 12. Municipalidad Distrital de Comas. *Historia y tradición* [www.municomas.gob.pe]. Lima; 2015 [Actualización 2015; 25 abril del 2015]. Disponible en: <http://www.municomas.gob.pe/historia.html>
 13. Valderrama G. *Distrito de Comas* [www.perutoptours.com]. Lima; 2014. [Actualización 2015; 25 abril del 2015]. Disponible en: <http://www.perutoptours.com/index14licomas.html>
 14. Realpe F. *Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Arquita de Noé en el periodo julio - noviembre 2013* [tesis titulación]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014.
 15. Baracco A, Ochoa Y, Romero M. *Conocimiento de los padres sobre la alimentación en niños en edad escolar* [tesis titulación]. Universidad Nacional de Cuyo; 2014.
 16. Delgado A. *La actividad física como prevención de la obesidad en niños entre 6 y 12 años en los Centros Educativos de la Parroquia Sucre de la Ciudad de Cuenca - 2012* [tesis titulación]. Universidad Politécnica Salesiana; 2012.
 17. Quispe E. *Conocimientos de los padres sobre prevención de la obesidad en escolares en una Institución Educativa de Lima - 2014* [tesis titulación]. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
 18. Garay R. *Conocimiento de las madres sobre la alimentación infantil de*

- niños preescolares de 2 - 4 años en el Puesto de Salud Santa Catalina, 2014 [tesis titulación]. Lima - Perú: Biblioteca virtual em saúde; 2014.
19. Hoyos S, Juárez M, Torres L. Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación y su relación con el estado nutricional del escolar en la Institución Educativa 3064 Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012 [tesis titulación]. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013
 20. Durand D. Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao en el año 2008 [tesis de titulación]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010
 21. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de México. Obesidad en México. Lima - Perú; 2010.
 22. Obesidad Infantil [www.laobesidad.org.es]. Lima; 2014. [Actualización 2015; 25 abril del 2015]. Disponible en: <http://laobesidad.org.es/infantil>
 23. Rodríguez P, Larrosa A. Desnutrición y obesidad en pediatría. Mexico: Alfil; 2013
 24. Díaz R. Consultor familiar Nelara de la salud y el hogar. 2da edición. Buenos Aires; 2012
 25. Almeida E, Castro R, Gusmán M. Manual de Enfermería. España: Cultural de ediciones; 2005.
 26. Escribano J, Fernández C, Franco E, Garrido M, León P, Lledó P, et al. Guía de actuación en situaciones de sobrepeso; 2009.
 27. Blanco G. Obesidad e hipertensión arterial en la infancia. "Una deuda pendiente" [www.fac.org.ar]. Argentina: Revista de la Federación Argentina de Cardiología; 2012 [Actualización 2012; 15 abril del 2015]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/12v41n2/editor/edit01/blanco.php>
 28. Herrero G. Obesidad infantil [www.guiaobesida], Lima - Perú; 2014

Disponible en: <http://www.guiaobesidad.com/sobre-nosotros>

29. Zamora Y, Ramírez E. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. *Revista Peru Enfermería y Desarrollo. Revista peruana enfermería investigación y desarrollo*; 2012;11(1):38–44.
30. Enciclopedia paradémica. Lima - Perú: Worlgraf; 2006
31. Bourges H, Bengoa J, O'Donnell A. *Historias de la Nutrición en América Latina*. SLAN; 2009
32. Ministerio de Salud. *Alimentación y Nutrición Construyamos un Perú saludable* [www.minsa.gob.pe]. Perú: MINSA; 2016 [Actualización 2015; 25 junio del 2015]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/102.pdf>
33. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Distribucion de comidas*. [<http://www.fao.org/>]; 2016 [Actualización 2015; 25 junio del 2015]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s03.pdf>
34. *Alimentación y Nutrición. Alimentos de los humanos* [<http://www.alimentacionynutricion.org/>]. Alimentación y Nutrición; 2005. Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=82
35. Maguiña M. Alimentación del preescolar y escolar: loncheras o refrigerios escolares. *Renut*. 2008; 2(3): 107 - 115.
36. Organización Mundial de la Salud. *Actividad física* [www.who.int/es/]. Ginebra-Suiza: OMS; 2016 [Actualización 2016; 25 mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
37. Cruz R. *Fundamentos de la Nutriología Pediátrica*. 1ra edición . Lima - Perú: iideNut; 2010.
38. Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. *Programa Nacional de Activación Física Escolar*. Mexico; 2012.

39. Chávez M. Nutrición infantil: ¿Cómo alimentarlos bien?. Perú: Mirbet; 2009
40. Real academia española. Diccionario de la RAE [www.rae.es]. España: RAE; 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
41. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica. Revista An Fac Med. 2009 [19 mayo del 2015];70(3) Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/943/768>
42. Segarra M, Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista Economía y Empresa. 2005[7 octubre del 2015]; 22(52-53). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>
43. Schulte E, Price D, Gwin J. Enfermería pediátrica de Thompson. 8va edición. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
44. Descriptores en Ciencias de la Salud. Preescolar [decs.bvs.br/E/homepagee.htm]. Biblioteca virtual em saúde; 2016 [Actualización 2016; 18 febrero del 2016]. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Preescolar.
45. De la Torre E, Pelayo E. Pediatría. Habana - Cuba: Ciencias Médicas; 2006
46. Uribe M. Rol de los padres en el desarrollo del niño [www.contigosalud.com]. España: Contigo Salud vivir mejor; 2015 [Actualización 2016; 12 mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.contigosalud.com/rol-de-los-padres-en-el-desarrollo-del-nino>
47. Marrufo M. Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido “ Belén Kids ”, Los Olivos , 2011. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
48. Cubero J, Cañada F, Costillo E, Franco L, Calderón A, Santos A, et al. La alimentación preescolar, educación para la salud de los 2 a los 6 años.

Revista Enfermería Global 2012;11(27):3

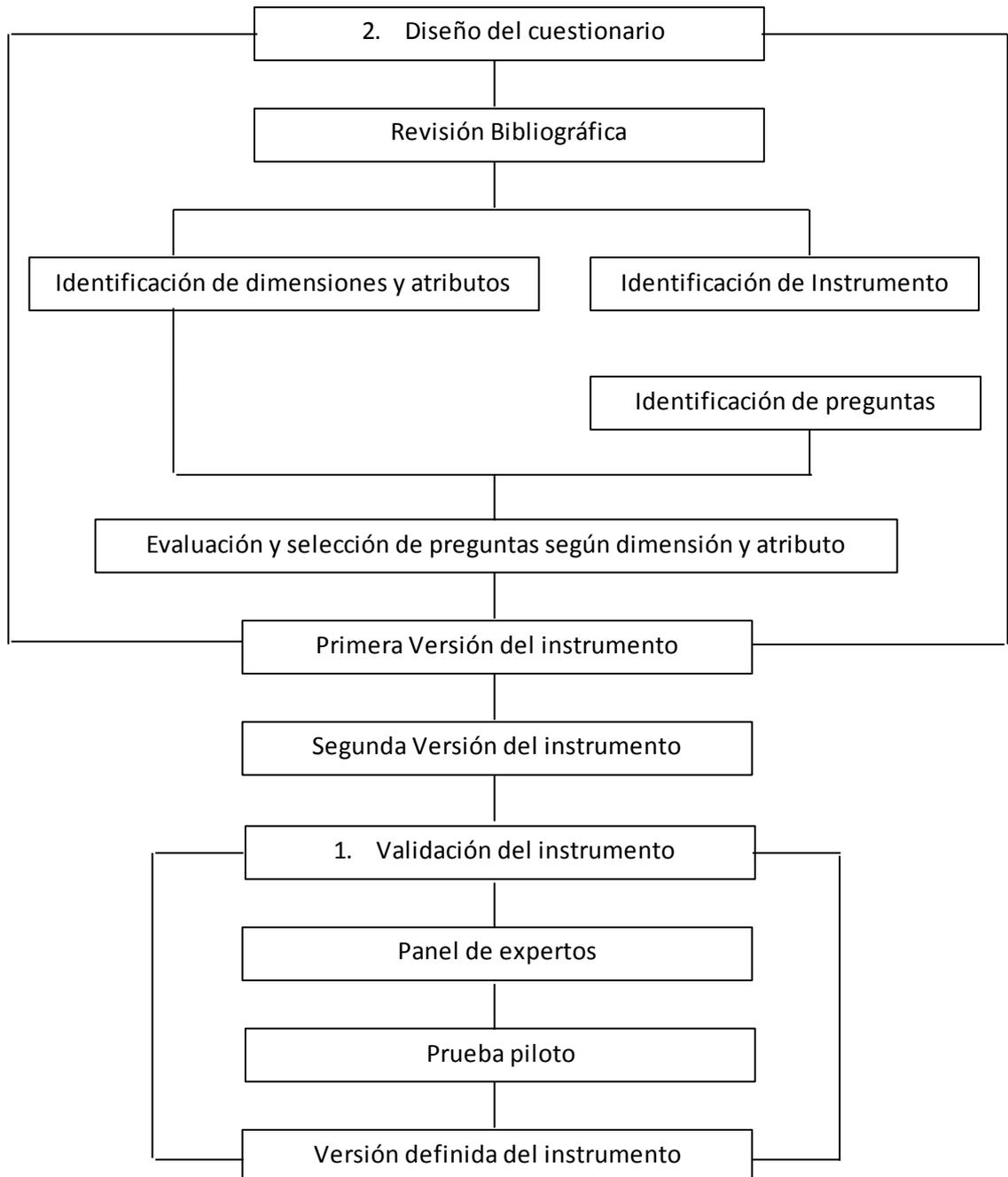
49. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. 2011.
50. Pereyra H. Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú. Lima - Perú: Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud; 2008.
51. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. Barcelona: Elsevier; 2007.
52. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6a edición. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
53. Ministerio De Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años [minsa.gob.pe]. Lima - Perú: MINSA; 2011. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf
54. Bernal M, Ponce G, Sotomayor S, Carmona B. Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. *Enf Neurol* 2012;11(2): 63 - 67

ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Nº ítem	Valor final	Criterio para asignar valores	Preguntas
Conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares	Es el grado de conocimiento, ideas y nociones que adquieren las madres a lo largo de la vida, como producto de su desarrollo que ha ido acorde con la educación e información adquirida para adoptar medidas preventivas sobre la obesidad infantil encaminadas a anticiparse a una dificultad y prever un daño en su niño.	Es el grado de conocimiento que adquieren las madres de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, como producto de su desarrollo que ha ido acorde con la educación e información adquirida para adoptar medidas preventivas sobre la obesidad infantil enfocados en tres parámetros (generalidades de la obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física) encaminadas a prever un daño en su niño preescolar de 3 a 5 años de edad, el cual será medido con el cuestionario COAFALI.	Generalidades de: obesidad infantil	Definición	1	Conocimiento Alto	14,89 - 20	¿Qué es obesidad infantil?
				Causas	1			¿Cuáles son las causas de la obesidad infantil?
				Consecuencias	1			¿Qué consecuencias a futuro puede generar la Obesidad Infantil?
				Diagnóstico	1			¿Mediante qué datos puede darse cuenta que su niño está en riesgo de obesidad?
				Mitos y creencias	1			¿Cuál de estas imágenes considera que es un niño saludable?
			Alimentación saludable	Definición	1	Conocimiento Medio	9,20 - 14,88	¿Qué es alimentación saludable?
				Importancia	1			¿Por qué es importante que su niño tenga una alimentación saludable?
				Frecuencia	1			¿Cuántas veces considera que su niño debe comer al día?
			Actividad física	Comidas del día	4	Conocimiento Bajo	0 - 9,19	¿Cuál de las alternativas considera que significa desayuno?
								La lonchera/merienda es importante ¿Por qué?
								¿Cuál de estas alternativas considera que significa almuerzo?
								¿Cuál de estas alternativas considera que significa almuerzo?
								¿Qué es actividad física en su niño?
			Definición	1	¿Por qué es importante que su niño realice actividad física?			
			Importancia	1	¿Cuál de las siguientes actividades considera que los niños deben realizar diariamente para mantener un peso ideal?			
			Actividades diarias	1	¿Cuántas horas al día cree que es recomendable que su niño vea televisión, juegue videojuegos o utilice la computadora?			
Tiempo de distracción	1							

Anexo B: Proceso de construcción y validación del instrumento



Anexo C: Prueba de concordancia de Kendall

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de Cervantes, Suárez, Vásquez, Olmedo, Díaz, Soto, Castillo, Paán and Comejo son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall para muestras relacionadas	,000	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Planteamiento de la hipótesis

Rechaza la Hipótesis nula y acepta la Hipótesis alterna

Hipótesis alterna (H1): RECHAZA LA HIPOTESIS NULA

Hipótesis nula (Ho): NO RECHAZA HIPOTESIS NULA

Anexo D: Kuder Richardson

Análisis de fiabilidad KR 20

Se realizó mediante el estadístico Excel:

$$KR20 = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n P_i Q_i}{S_T^2} \right)$$

n: Numero de preguntas

ST²: Varianza de la prueba X

Pi: Proporción de éxito; la proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio

Qi: 1- Pi proporción donde se identifica el atributo.

$$\alpha: \frac{16}{16-1} \times 1 - \frac{2,37}{6,9619}$$

$$\alpha: \frac{16}{15} \times 1 - 0,340$$

$$\alpha: 1,06 \times 0,66$$

$$\alpha: 0,69$$

KR – 20: 0,69 (el instrumento tiene una fiabilidad alta)

Anexo E: Instrumento - Cuestionario COAFALI



Estimada madre de familia:

Muy buenos días nuestros nombres son: Gianina Fernández; Katherine Sarmiento; Yesenia Vera somos estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades - Facultad de Ciencias de la salud - Escuela académico profesional de Enfermería en coordinación con la Institución Educativa Inicial "Luis Enrique XIII", estamos realizando un estudio con el objetivo; obtener información acerca de los conocimientos que tiene acerca de su hijo o hija en etapa preescolar que acude a la escuela sobre la prevención de la obesidad infantil. Por consiguiente, es muy importante y necesario que usted nos dé respuestas sinceras. La información que usted proporcione es de carácter anónimo. Le agradecemos, anticipadamente su valiosa colaboración

DATOS GENERALES DE LA MADRE:

1. Departamento de procedencia: _____
2. Iniciales del nombre y apellidos de la madre: _____
3. Edad de la madre: _____
4. Grado de instrucción:
a. Sin estudios b. Primaria c. Secundaria d. Superior
5. Ocupación: _____
6. Estado civil:
a. Soltera b. Casada c. Separada d. Viuda e. Conviviente
7. Encargado de preparar la lonchera de su niño (a): _____

DATOS GENERALES DEL NIÑO:

1. Sexo: _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Turno: _____
4. Sección: _____

Marque las respuestas que usted considere correctas:

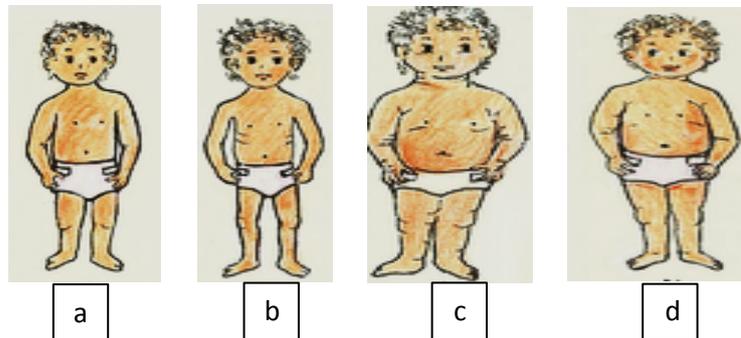
1. ¿Qué es Obesidad Infantil?
 - a. Es mantener a los niños un poco gorditos.
 - b. Es una enfermedad hereditaria.
 - c. Es el aumento excesivo de peso.
 - d. Es un defecto de salud que tienen los niños.

2. ¿Cuáles son las causas de la obesidad infantil?
 - a. Escasa actividad física, buena alimentación.
 - b. Malos hábitos alimentarios, escasa actividad física.
 - c. Escasa actividad física, exceso de consumo de agua.
 - d. Poco ingreso económico, actividad física.

3. ¿Qué consecuencias a futuro puede generar la Obesidad Infantil?
 - a. Diabetes, colesterol alto, mas apetito
 - b. Presión alta, dolor de huesos, autoestima alta
 - c. Depresión, Gastritis, Cáncer de la piel.
 - d. Problemas cardiacos, Diabetes, presión alta.

4. ¿Mediante qué datos puede darse cuenta que su niño está en riesgo de obesidad?
 - a. Relación entre peso y talla, medida de la cabeza.
 - b. Talla, edad y medida de la cintura.
 - c. Talla, edad y peso.
 - d. Peso, edad y medida de la cintura.

5. ¿Cuál de estas imágenes considera que es un niño saludable?



6. ¿Qué es alimentación saludable?
 - a. Consumir alimentos para que el niño no tenga hambre.
 - b. Consumir carnes y frutas todos los días.
 - c. Consumir alimentos que satisfacen las necesidades del organismo.
 - d. Consumir alimentos para aumentar de peso.

7. ¿Por qué es importante que su niño tenga una alimentación saludable?
 - a. Para mantenerse delgado
 - b. Para ayudar en su crecimiento
 - c. Para calmar el hambre durante el día.
 - d. Para favorecer el aumento de peso

8. ¿Cuántas veces considera que su niño debe comer al día?
- 3 veces al día.
 - 4 veces al día.
 - 5 veces al día.
 - 6 a más veces al día.
9. ¿Cuál de las alternativas considera que significa desayuno?
- Es el alimento más nutritivo del día.
 - Es la comida más ligera del día.
 - Es el alimento que aporta energía todo el día.
 - Es la comida más importante del día.
10. La lonchera/merienda es importante ¿Por qué?
- Repone las energías gastadas.
 - Reemplaza el desayuno del niño.
 - Mantiene al niño feliz.
 - Sustituye el almuerzo del niño.
11. ¿Cuál de estas alternativas considera que significa almuerzo?
- Alimento más completo del día que se toma a mediodía.
 - Consumir sopas en vez de segundos al medio día.
 - Es para satisfacer mi estómago a cada momento.
 - Es la primera ingesta de comida en el día.
12. ¿Cuál de estas alternativas considera que significa cena?
- Es ingerir alimentos para recuperar energías gastadas en el día.
 - Es la última comida y la más ligera que se toma por la noche.
 - Es la menos importante del día.
 - Es la más importante y nutritivo en el día.
13. ¿Qué es actividad física en su niño?
- Es correr hasta cansarse en el parque.
 - Es caminar más de 60 minutos al día.
 - Es mantenerse en forma realizando actividades.
 - Es realizar diversas actividades para tener buena salud.
14. ¿Porque es importante que su niño realice actividad física?
- Para no aburrirse viendo solo televisión y durmiendo.
 - Para fomentar el crecimiento y mantenerse delgado.
 - Para mantener una buena salud y buen peso.
 - Para entretener al niño y la madre pueda descansar.

15. ¿Cuál de las siguientes actividades considera que los niños deben realizar diariamente para mantener un buen peso?
- a. Nadar, patinar, caminar y ver televisión
 - b. Subir escaleras, caminar, jugar de forma activa y ayudar a realizar tareas domésticas.
 - c. Bailar/danzar, jugar en la computadora y manejar bicicleta
 - d. Realizar clases de educación física, caminar, dormir dos horas diarias.
16. ¿Cuántas horas al día cree que es recomendable que su niño vea televisión, juegue videojuegos o utilice la computadora?
- a. Menos de 2 horas al día.
 - b. De 2 a 4 horas al día.
 - c. De 4 a 6 horas al día.
 - d. Mayor de 6 horas al día.

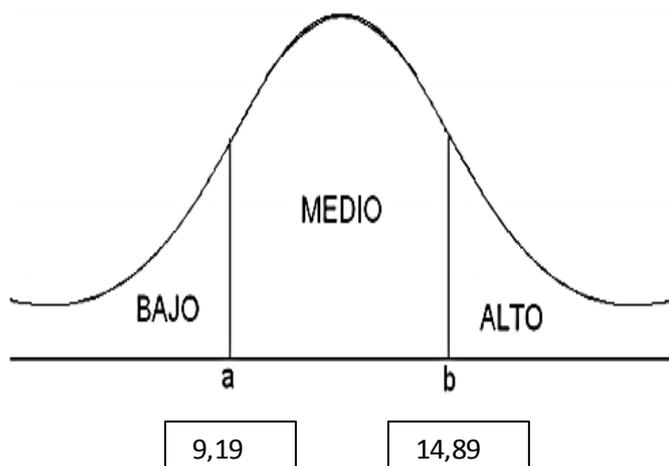
Solucionario:

- 1. c
- 2. b
- 3. d
- 4. c
- 5. a
- 6. c
- 7. b
- 8. c
- 9. d
- 10. a
- 11. a
- 12. b
- 13. d
- 14. c
- 15. b
- 16. a

Anexo F: Escala de Stanones para el instrumento en general

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 12,0404$
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 3,80191



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 12,04 - 0,75(3,80)$$

$$a: 12,04 - 2,85$$

$$a: 9,19$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 12,04 + 0,75(3,80)$$

$$b: 12,04 + 2,85$$

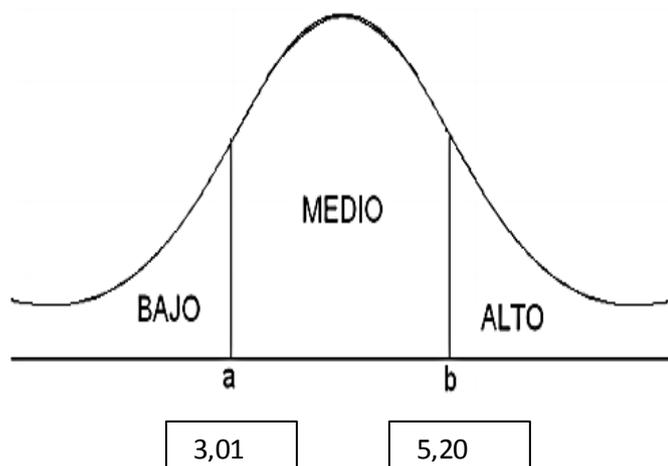
$$b: 14,89$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	14,89 - 20
Conocimiento Medio	9,20 - 14,88
Conocimiento Bajo	0 - 9,19

Anexo G: Escala de Stanones para la primera dimensión

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 4,10$
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 1,46



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 4,10 - 0,75(1,46)$$

$$a: 4,10 - 1,095$$

$$a: 3,01$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 4,10 + 0,75(1,46)$$

$$b: 4,10 + 1,095$$

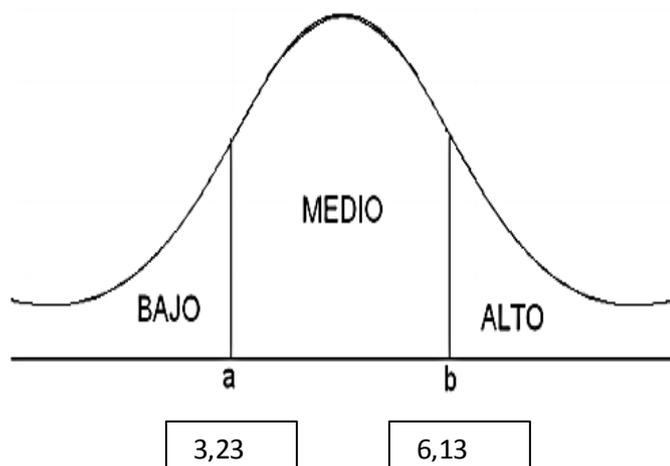
$$b: 5,20$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	5,20 – 6,26
Conocimiento Medio	3,02 – 5,19
Conocimiento Bajo	0 – 3,01

Anexo H: Escala de Stanones para la segunda dimensión

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 4,68$
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 1,93



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 4,68 - 0,75(1,93)$$

$$a: 4,68 - 1,4475$$

$$a: 3,23$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 4,68 + 0,75(1,93)$$

$$b: 4,68 + 1,4475$$

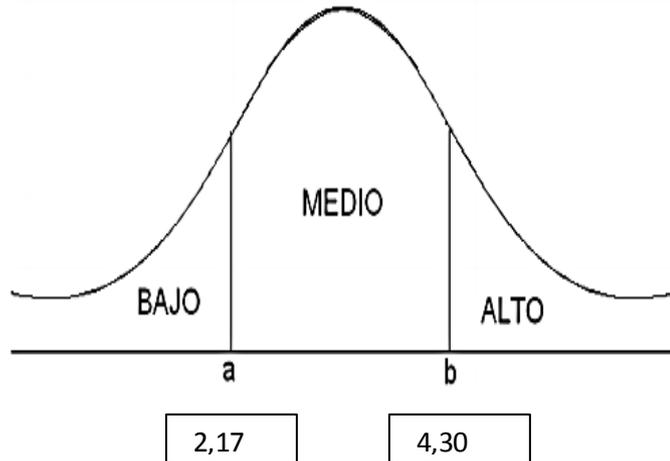
$$b: 6,13$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	6,13 – 8,75
Conocimiento Medio	3,24 – 6,12
Conocimiento Bajo	0 - 3,23

Anexo I: Escala de Stanones para la tercera dimensión

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 3,23$
2. Se calculó la desviación estándar $(DS) = 1,42$



$a: X - 0,75(DS)$

$a: 3,23 - 0,75(1,42)$

$a: 3,23 - 1,065$

$a: 2,17$

$b: X + 0,75(DS)$

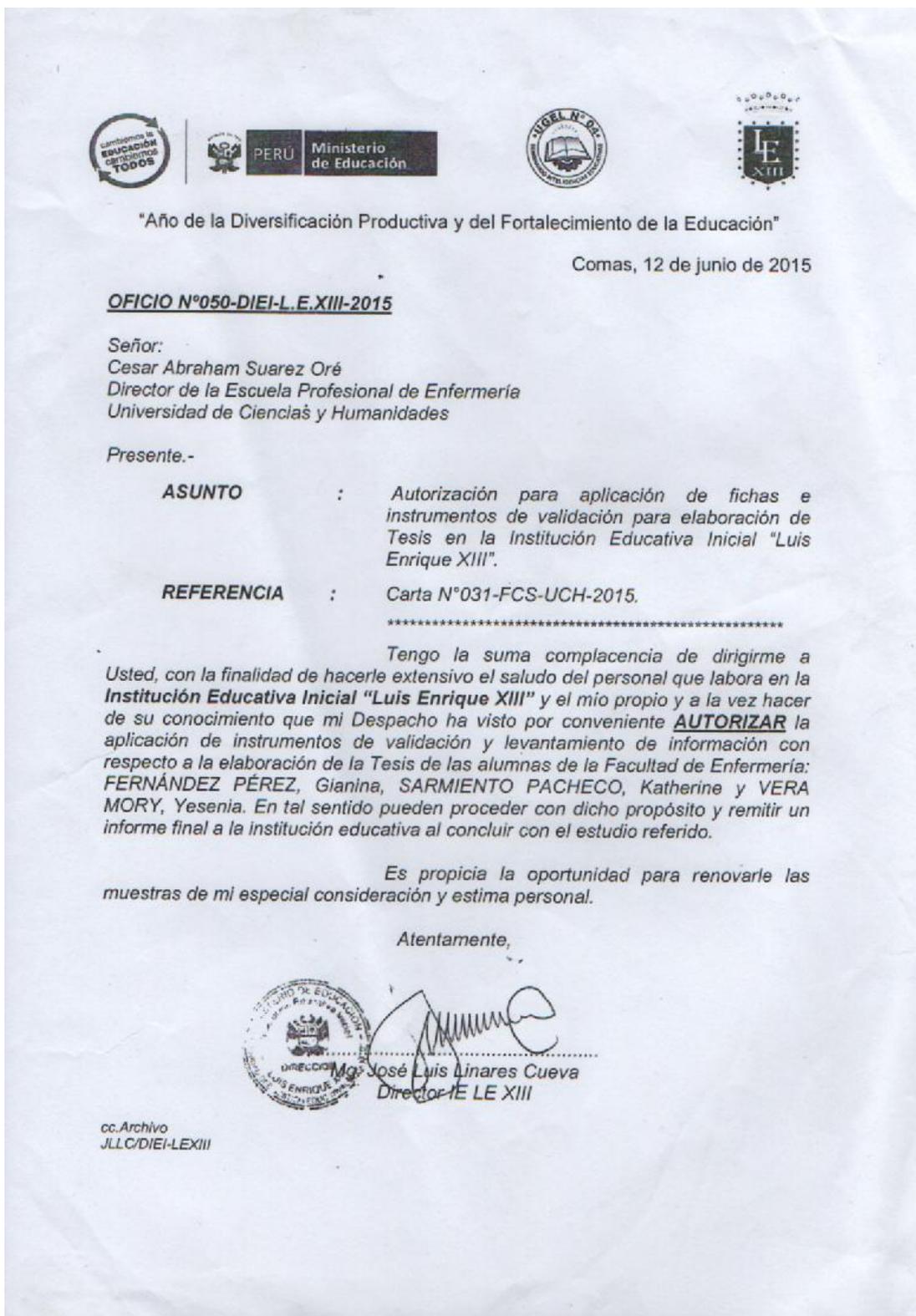
$b: 3,23 + 0,75(1,42)$

$b: 3,23 + 1,065$

$b: 4,30$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	4,30 - 5
Conocimiento Medio	2,18 - 4,29
Conocimiento Bajo	0 - 2,17

Anexo J: Autorización de la dirección de la Institución Educativa para realizar el trabajo de investigación



Anexo K: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Madre de familia:

Muy buenos días, nuestros nombres son: Gianina Fernandez; Katherine Sarmiento; Yesenia Vera somos estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela Académico Profesional de Enfermería en coordinación con la Institución Educativa, estamos realizando un estudio que tiene por título “Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015” con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento de las madres.

El motivo de este estudio es intervenir en la obesidad infantil mediante la prevención, basándonos en el conocimiento sobre la alimentación saludable y actividad física de su menor hijo.

El presente trabajo de investigación estará conformado por el llenado del cuestionario. Es por ello que solicitamos su participación voluntaria.

Riesgos del estudio

No se presentará ningún riesgo para usted ni para su menor hijo(a). Su participación consiste en llenar el cuestionario con la mayor veracidad posible

Confidencialidad

Toda información obtenida en el estudio será totalmente confidencial.

Costo de la participación

No tiene ningún costo el para usted, excepto el tiempo que nos va a brindar para la recolección de datos.

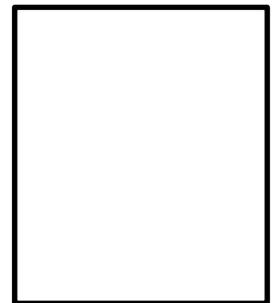
Yo.....
.....identificado con DNI....., siendo madre del
niño(a).....

....., he sido informada acerca del estudio que se va a realizar, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Estoy enterada de la forma como se realizará el estudio y la recolección de datos, acepto participar de manera voluntaria en dicha investigación.

Así mismo manifiesto que se nos ha informado y aclarado todas las interrogantes presentes, comprendo que esta investigación es estrictamente confidencial.

FIRMA

D.N.I: _____



HUELLA DIGITAL

Tabla 1: Edad de la madre

N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		33,45
Mediana		32,00
Moda		25 ^a
Desviación estándar		7,349
Mínimo		23
Máximo		58

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 2: Grado de instrucción de las madres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	7	11,7	11,7	11,7
	Secundaria	43	71,7	71,7	83,3
	Superior	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 3: Ocupación de las madres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	56	93,3	93,3	93,3
	atención al cliente	1	1,7	1,7	95,0
	Comerciante	1	1,7	1,7	96,7
	Costurera	1	1,7	1,7	98,3
	Docente	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 4: Estado civil de las madres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	4	6,7	6,7	6,7
	Casada	11	18,3	18,3	25,0
	Separada	1	1,7	1,7	26,7
	Conviviente	44	73,3	73,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 5: Departamento de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amazonas	1	1,7	1,7	1,7
	Ancash	2	3,3	3,3	5,0
	Apurímac	1	1,7	1,7	6,7
	Cajamarca	5	8,3	8,3	15,0
	La libertad	1	1,7	1,7	16,7
	Lambayeque	1	1,7	1,7	18,3
	Lima	47	78,3	78,3	96,7
	Loreto	1	1,7	1,7	98,3
	San Martín	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 6: Encargada de preparación de los alimentos del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuela	4	6,7	6,7	6,7
	Mamá	56	93,3	93,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	