

UNIVERSIDAD DEL MAR
ESCUELA DE SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA



**“IDENTIFICACIÓN DE OBESIDAD INFANTIL Y DE
ALGUNOS FACTORES QUE INCIDEN EN ESTA EN
ESCOLARES DE 8-9 AÑOS, DEL COLEGIO PATRICIO
MEKIS”**

AUTORES: CLAUDIA FUICA
ALEJANDRA MUÑOZ
KARINA MUÑOZ
VANESSA PIZARRO

PROFESORA: CAROLINA PÉREZ PORRAS

Santiago, Chile 2015

INDICE GENERAL

CAPITULO I	PÁG
INDICE GENERAL.....	2,3,4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO II	
2.1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.2.OBJETIVOS.....	7
2.2. 3.GENERAL.....	7
2.2. 3 .ESPECÍFICOS.....	7
2.3.PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
2.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.5. PARADIGMA.....	9
2.6.OBJETO DE ESTUDIO.....	9
2.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	10

CAPITULO III

3.1. MARCO TEÓRICO.....	11,12
3.2. MARCO REFERENCIAL.....	13,14,15,16,17
3.3. MARCO CONCEPTUAL.....	18,19
3.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	20
3.5 ANALISIS DE RESULTADO.....	20

CAPITULO IV MARCO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
4.2. UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	21
A. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	
B. SELECCION DEL LUGAR, CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN Y TIEMPO	
4.3. JUSTIFICACIÓN DE TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
4.4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	23
4.5. PLAN DE TRABAJO (SECUENCIA DE APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS) Y CRONOGRAMA.....	24
4.6. DISEÑO Y EJECUCION IMPLEMENTACIÓN.....	25
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
4.7. APLICACION DEL INSTRUMENTO	26
5.1. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
5.2. CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL.....	28

5.3. GRÁFICO ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 8 Y 9 AÑOS.....	29
5.4. GRÁFICO DE FACTOR DE RIESGO.....	30
5.5. COMPARACIÓN OBESIDAD GÉNERO.SEGUN GÉNERO... ..	31,32
5.7. TABLA DE GÉNERO FEMENINO Y MASCULINO.....	33,34
6.1. CONCLUSIÓN.....	35
6.2 RESULTADOS DE GRAFICO BASADO ALA ENCUESTA	36,37,38,39
6.2. PROYECCIONES.....	40
6.3. CUADRO COMPARATIVO DE OBJETIVO GENERAL.....	40
6.4. CUADRO COMPARATIVO DE OBJETIVO ESPECÍFICO.....	40
TABLAS IMC DE 5 A 18 AÑOS.....	41,42
TABLAS OMC DE 5 A 18 AÑOS.....	43,44
7.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45,46
8.1. ANEXO INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	47
8.2. ENCUESTA DE EVALUACIÓN.....	48
8.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	49
8.4. CURVA TE Y PE EN NIÑAS DE 2-20 AÑOS.....	50
8.5. CURVA TE Y PE EN NIÑOS DE 2-20 AÑOS.....	51

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de obesidad infantil es alarmante a nivel mundial, teniendo características de epidemia, aumentando del 7% en 1987 al 23,1 en 2010 en escolares. Considerada una de las enfermedades crónicas que pueden y deben ser detenidas.

El exceso de peso en niños escolares debe a procesos multifactoriales en los que intervienen el comportamiento individual y familiar en niveles socioculturales y económicos distintos.

Los patrones alimentarios constituyen uno de los problemas de salud más frecuente en la infancia, por un aumento importante de calorías ingeridas ya que hay preferencias por los alimentos de origen animal procesados ricos en grasas saturadas y azúcares pero escasas en vitaminas, minerales y micronutrientes, como lo son las colaciones y productos envasados como los dulces, salados y bebidas gaseosas.

En Chile aún persisten en los sectores más pobres los problemas nutricionales en exceso, aumentando el consumo hipercalórico y la inactividad física relacionado con la excesiva adiposidad de obesidad y sobrepeso en niños escolares con un incremento de tiempo dedicado a la televisión y videos juegos.

Existen factores de riesgos cardiovasculares, hipertensión arterial, futura diabetes condición física de niños, evaluando el impacto de una intervención en el interior del sistema escolar con ejercicio de fuerza muscular sobre la grasa corporal, como es la práctica habitual de actividad física caracterizada como un componente vital para establecer una situación ideal de salud.

En adultos hay claras evidencias que muestran que los bajos niveles de actividad física están directamente relacionados con altos índices de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, osteoporosis y algunos tipos de cáncer.

La causa fundamental de la obesidad infantil está dada por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico, relacionado con comportamientos sedentarios, es por esta razón que se sugiere elevar las actividades físicas y recreativas tanto en el interior de la escuela como afuera.

2.1.-DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es un problema de salud pública considerada una forma de mal nutrición que va en aumento aceleradamente, presentando elevadas cifras en la etapa escolar, la cual se relaciona con factores ambientales, socioculturales, psicológicos y familiares, favoreciendo el incremento de enfermedades que ponen en riesgo su salud.

El problema inicia desde los primeros años de vida, debido a los hábitos inadecuados de alimentación, la escasa actividad física, y a los factores genéticos. Hábitos de alimentación saludables y ejercicio durante la infancia y la adolescencia

En los adultos con sobrepeso u obesidad, los tratamientos frecuentemente fracasan, porque implican el cambio de hábitos que están profundamente consolidados. Es por esta razón que se deben tratar a tempranas etapas del ciclo vital, pues los hábitos alimenticios entre otros no están totalmente arraigados en la persona. Y es posible generar un cambio.

Existe un incremento de obesidad en niños escolares de 6 años atribuyéndolos a modificaciones fisiológicas importantes en el crecimiento y desarrollo del tejido adiposo habiendo un exceso ponderal en niños que habían iniciado la escuela. Esto da lugar a que se valore todo aquello que se relacione con la educación física y el deporte, lo que ha obligado a incrementar las clases de educación física en escolares por lo menos a dos horas por semana y ensayar diferentes protocolos de intervención que permitan reducir o prevenir este problema entre los niños.

En la edad escolar, el fin es intervenir al estudiante con el objetivo de prevenir enfermedades relacionadas con la mal nutrición que se pudieran desarrollar en edades más avanzadas.

Actualmente la obesidad es considerada como un problema mundial, y considerándose esta por sí misma como una variable para el desarrollo de otras enfermedades.

Esta patología constituye una de las cifras más altas de prevalencia a nivel global, según recientes reportes de la Organización Mundial de la Salud.

2.2.-OBJETIVOS

2.2. A.-General: Determinar el porcentaje de niños que presentan obesidad en la etapa escolar de tercer año básico de la escuela “Patricio Mekis”

2.2. B.-Específicos:

- Conocer generalidades de hábitos alimentarios del escolar
- Conocer generalidades de ejercicios y sedentarismo del escolar
- Diferencias del IMC predominante según género

2.3.-PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los patrones alimentarios que presentan los escolares?

¿Existe conocimiento sobre los riesgos que contrae la obesidad infantil?

¿Qué tipos de colaciones consumen los escolares?

2.4.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Dado la complejidad de este problema y sus graves consecuencias, se debe buscar acciones de intervención que disminuyan o eliminen sus implicaciones sobre la salud de las personas, en especial de los niños y jóvenes que son un grupo vulnerable.

A pesar de que en el establecimiento escolar se fomenta el consumo de alimentación saludable y hay planes creados en base a su requerimiento energético agregando a esto la realización de actividad física por lo menos dos horas pedagógicas por semana, los esfuerzos han sido insuficientes, ya que sigue en aumento la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Adicionando a esta situación múltiples factores que agravan esta situación.

La importancia de esta investigación, es que a través de este diagnóstico, se podrá realizar programas de promoción y prevención desde una perspectiva integral, contribuyendo de esta manera a reducir los índices de sobrepeso y obesidad infantil

La vida sedentaria que existe hoy en día, con la existencia de nuevas tecnologías se ha convertido en factores de riesgos que han dado lugar a que existan cada vez más de niños obesos inactivos y sin deseos de realizar cualquier actividad física.

2.5.-PARADIGMA

La presente investigación se sustentó dentro del paradigma positivista con un enfoque cuantitativo con el fin de comprender, conocer y revelar los factores de riesgo de la obesidad.

La investigación nos permite conocer y acercarnos a la realidad, y desde allí extraer lo relevante del objeto de estudio, como también conocer desde diferentes perspectivas los elementos que pueden estar presentes y desarrollo de lo social, especialmente en los hábitos alimenticios. En este tipo de estudio es posible comprender desde una mirada profunda este fenómeno social y cultural que afecta la salud de los escolares, aportando sólo factores que se encuentran presente y mostrando el creciente aumento en nuestra población de salud en niños en edad escolar.

En este sentido, este paradigma, exige de una actitud desinteresada, que se sitúa a cierta distancia de la realidad social para poder reflexionar acerca de él y así indagar en profundidad los diferentes factores de riesgos que a lo largo del ciclo vital del escolar se van acrecentando.

2.6.-SUJETO DE ESTUDIO

Escolares entre los 8 y 9 años, del colegio Patricio Mekis de la comuna de Padre Hurtado actualmente cursando tercero básico.

2.7.-TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de variables dependientes (Estado nutricional, patrón alimenticio y actividad física) de los objetos en estudio se realizará una encuesta en la que se proporcionara la información deseada

Para la recolección de datos independientes (Peso, talla, edad, género), se asistirá presencialmente al Establecimiento Educacional con el fin de fidelizar los datos.

III.-MARCO TEÓRICO

3.1.-REVISIÓN TEÓRICA

El ser humano está integrado por una serie de órganos y tejidos cuya composición y proporción va variando desde el nacimiento hasta la edad adulta. La progresión normal de estos cambios está influenciada directamente por la nutrición y su valoración constituye un Índice de estado nutricional (Ballabring).

El aumento de la masa y el desarrollo corporal, es un proceso, que influye en la diferenciación en los distintos organismos de cada niño determinando su crecimiento en tres categorías, genético, neuroendocrino y ambiental.

Según Gordon, los factores ambientales se agrupan en factores biológicos y ambientales los cuales influyen en el crecimiento físico del ser humano, por ello es importante la detección de la desviación del crecimiento físico, el cual está considerado como un indicador de salud a nivel preventivo

Se caracteriza por el crecimiento físico, el desarrollo psicomotor, social y de hábitos que condicionan el bienestar y la calidad de vida del futuro adulto. Debido a ello los niños escolares forman el grupo vulnerable que requiere de atención específica e integral.

Así como hay organismos y factores que permiten vivir al ser humano (alimento, aire, clima, habitación, trabajo, técnica, comunicación, relaciones familiares y sociales, etc.), estos mismos factores pueden causar enfermedades y provocar fenómenos destructivos, Algunos de estos fenómenos se pueden observar con juicio sólo biológico, en cambio otros, “son evaluados como normales o anormales según el oficio, la cultura, la renta, la sociedad transforma estas evaluaciones en motivo de exclusión. Por ello, hacer coincidir anormalidad y patología es a menudo arbitrario”. Es así como se consideran de manera distinta según la cultura, la época, la sociedad o las personas.

En los últimos años, la investigación se ha enfocado en el consumo alimenticio en las sociedades modernas, industrializadas, globalizadas y de abundancia, debido a una “nueva” preocupación que es la obesidad y sus consecuencias para la salud en el país. Nos enfrentamos a un problema médico (biológico) que tiene sus raíces en un fenómeno complejo que se relaciona con fenómenos culturales, sociales y económicos.

Uno de los factores es tipo de alimentación y la actividad física de igual modo que lo hay en otros muchos aspectos de nuestras vidas, se hace referencia a los aspectos que definen el marco conceptual, relacionada con los factores y aspectos condicionantes y de prevalencia e incidencia en contexto de la obesidad. Se hace una revisión de los diferentes conceptos que a través de la historia se ha dado al término “enfermedad”, ya que en el caso particular de análisis, las fronteras que definen la obesidad como enfermedad.

En cuanto a las estrategias y políticas de los programas de salud, se han concebido para tratar la obesidad infantil, considerándose como elemento conceptual, la evolución de enfrentar la enfermedad, esto es, la transición de un enfoque netamente biológico hacia uno biopsicosocial, que como su nombre lo indica, incorpora elementos sociales en la génesis y/o permanencia de la enfermedad, abriendo espacio a estrategias multisectoriales.

Los elementos centrales de las políticas de promoción en salud, el reflejo más importante en biopsicosocial de la enfermedad, orientadas a prevenir la aparición de una condición patológica infantil y como consecuencia de los rápidos cambios que constantemente afectan a nuestra sociedad. En el contexto general de un mundo globalizado, el tema de la obesidad infantil no queda al margen de sus efectos; más bien resulta ser un factor condicionante y como estilos de vida saludable, que hacen de la obesidad una problemática muy difícil de enfrentar. El análisis de los conceptos, la industria y los intereses económicos que gira en torno a estos y el lucro que generan, terminan entregando el marco conceptual para permitir entender el fenómeno de la obesidad en una perspectiva multi-causal de la prevalencia e incidencia social.

Es fácil establecer el diagnóstico de obesidad, se realiza mediante la valoración de peso y talla, entrevista sobre antecedentes, hábitos alimenticios, vida sedentaria y todos los exámenes que se requieren.

3.2.-MARCO REFERENCIAL

3.2.1-Salud como Fenómeno Social

Por siglos, en nuestra cultura, la Salud fue considerada, entre muchas definiciones, como la “Ausencia de Enfermedad” hasta que en 1947, cuando la OMS cambia el concepto y la define como “Un Estado Completo de Bienestar Físico, Mental y Social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, incorporando el factor “social” como parte del estado de salud, lo que supuso un cambio fundamental, ya que la salud dejó de depender del ámbito sanitario exclusivo para integrarse en el mundo social.

Sin embargo este cambio también ha sido criticado por incorporar en la esfera del accionar del médico, aspectos netamente sociales. En este apartado se tratan las distintas definiciones que se le ha dado al concepto salud – enfermedad a lo largo de la historia y en distintas culturas.

3.2.2-Factor Etiológico

Entre los múltiples factores que contribuyen a la Etiología de la Obesidad están los genéticos, metabólicos, ambientales, nutricionales y la actividad física, entre otros.

- Los Factores genéticos: Actualmente se sabe que existen varios genes capaces de causar obesidad o de aumentar la susceptibilidad de desarrollarla, las cuales son el gen OB y el gen beta3-adrenorreceptor.

El gen OB codifica la proteína leptina en las células adiposas, actuando a nivel del hipotálamo e influye en las señales de la saciedad.

El gen beta3-adrenorreceptor, localizado principalmente en el tejido adiposo, regula la tasa metabólica en reposo y la oxidación de grasa en el ser humano. Los genes confieren la susceptibilidad a la obesidad, existiendo factores que la determinen como los factores Ambientales (culturales, psicológicos y actividad física, entre otros).

- Los Factores metabólicos: se ha venido estudiando la manera en que algunas alteraciones metabólicas pueden influir en el desarrollo de la obesidad, por la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos.

Por el aumento en la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

Por una mayor eficiencia para efectuar el trabajo fisiológico, en la que se requiere menos energía, y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos que se almacenan en el tejido graso

- Factor hábito alimenticio: En Chile ha aumentado el crecimiento del país, ha superado la esperanza de vida a una población envejecida, el estilo de vida y hábito alimenticio, en Chile la comida rápida es un 70% consumida a nivel nacional y preferida por niños en etapa escolar, también ciertos alimentos que son consumidos con mayor frecuencia, dando un factor de riesgo para la salud.

El estudio de la alimentación y la nutrición ha sido abordado desde los aspectos fisiológicos y las ciencias sociales que incluyen los hábitos y costumbres alimentarias de cada sociedad. En ambos procesos intervienen factores biológicos, socioculturales, psicológicos y ambientales. En el caso de la alimentación como un proceso social, esto no sólo permite al organismo adquirir sustancias energéticas y estructurales necesarias para la vida, sino también son símbolos que sirven para analizar la conducta.

Por otro lado, la nutrición como proceso aporta energía para el funcionamiento corporal, regula procesos metabólicos y ayuda a prevenir enfermedades.

Tridimensionalidad de la nutrición establece las relaciones entre los alimentos y los sistemas biológicos, sociales y ambientales de cada sociedad, estos procesos cumplen dos objetivos primordiales durante la infancia:

- 1.-Conseguir un estado nutritivo saludable mantener un ritmo de crecimiento adecuado y tener una progresiva madurez biopsicosocial

- 2.-Establecer recomendaciones dietéticas que permitan prevenir enfermedades de Origen nutricional tales como hipertensión, diabetes, cardiovasculares, que se manifiestan en la edad adulta pero que inician durante la infancia.

Es en esta etapa cuando se adquieren los hábitos alimentarios que tendrán durante toda su vida; sin embargo, también es una etapa de gran variabilidad, debido a la presencia de factores como: el desarrollo económico, avances tecnológicos, la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la gran influencia de la publicidad y la televisión, la incorporación más temprana de los niños a la escuela y la mayor posibilidad por parte de los niños de elegir alimentos con elevado aporte calórico y baja calidad nutricional.

Los padres tienen una gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños y son ellos los que deben decidir la cantidad y calidad de los alimentos proporcionados durante esta etapa. El factor educacional, en un complemento con los padres, la escuela (principalmente profesores) juega un papel importante en el fomento y adquisición de hábitos alimentarios saludables a través de la promoción y educación para la salud.

3.2.3.-Cambio en la Pirámide Alimenticia

La población chilena no entiende la promoción y educación de la pirámide alimenticia ya que no especifica, cual es la cantidad y la porción indicada para cada edad. La frecuencia de alimentos que deben ser consumidas. Analizan cambio en pirámide alimenticia, el Minsal está realizando un estudio para modificar la pirámide alimenticia, que rige desde en 1984 y que buscaba guiar a la población respecto de los alimentos que se deben priorizar. A juicio de los expertos, sin embargo, la condición epidemiológica del país ha cambiado y la pirámide está obsoleta, además de no ser lo suficientemente clara para alertar qué es lo que debe consumirse con mayor y menor frecuencia.

En Chile, hace años que la pirámide no se usa, no estaba en directa relación a las necesidades de la población, que está cada día con mayor riesgo de obesidad y enfermedades asociadas.

3.2.4.-La Educación sobre los hábitos alimenticios

La educación para la salud Como disciplina surge ante la necesidad de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud, a través de la modificación de conductas de riesgo. En la 36a Asamblea Mundial de la Salud se definió a la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y

educación que lleve a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar niveles de salud óptimos y busquen ayuda cuando lo necesiten

La educación para la salud tiene como objetivo primordial diseñar programas de intervención destinados a modificar creencias, costumbres y hábitos no saludables, además de promover, proteger y fomentar la salud

Por lo anterior, la educación para la salud como estrategia en las escuelas contribuye a fomentar hábitos alimentarios saludables que contrarresten la prevalencia de obesidad a través de la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en la etapa escolar, que inculque en los niños actitudes, conocimientos y hábitos saludables que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades crónicas.

Implementar programas nutricionales, basados en la promoción y educación para la salud, consiste en un programa aplicado por parte de los profesores a través de los temas curriculares en las instituciones escolares de nivel básico y responde a una estrategia integral que identifica varios determinantes de salud, siendo algunos de ellos la alimentación correcta y la actividad física.

En este sentido su objetivo reside en impulsar conocimientos en materia de alimentación para generar hábitos y cambios en los niños para disminuir el incremento de la obesidad. Se ha implementado que dentro del establecimiento educacional la venta de productos, y alimentación saludable sea primera opción del escolar.

También la actividad física se debe regular por implementar un hábito de estilo de vida, ya que este se realizará 2 veces a la semana por una duración mínima de 30 minutos cada actividad en la malla regular del estudiante, ya que el factor de sedentarismo y acto social se debilitan sin el hábito de actividad física, y proporcionando factor riesgo y prevalencia de obesidad infantil de la salud en etapa escolar.

3.2.5.-Calidad de la Alimentación y Hábitos Alimenticios

Las responsabilidades que tienen que ver con el sobrepeso en los niños, se encuentran repartidas, de acuerdo a lo que han informado los entrevistados. Sin embargo, encontramos algunos puntos reiterados y muy comunes. Por ejemplo, en el caso de los directivos el discurso emergente guarda relación con la calidad de la alimentación que los padres les envían a sus hijos a la escuela. Ellos hacen directa alusión a que la alimentación no es saludable, hay una gran cantidad de grasas, y de carbohidratos en los almuerzos de los niños y una muy baja ingesta de otros alimentos como vegetales, frutas, pescados y legumbres, por lo que en general, no cuentan con una dieta balanceada. Lo anterior lo atribuyen a su vez, a otros factores, como la falta de rigurosidad para crear hábitos sanos, la falta de tiempo de las madres, y educación alimenticia por lo que en muchos casos preparan lo que tienen a mano, lo más rápido y lo que más satisface.

3.2.6.-Influencia de la publicidad y comida rápida

Un nuevo factor considerado un premio para el escolar una salida a comer, otorga un grado de responsabilidad a la publicidad y cómo ésta ha influido cada vez más en los hábitos alimenticios de la sociedad. Ha habido, desde hace algunos años, una fuerte irrupción de los locales de comida rápida, son baratos en comparación a otros restaurantes o locales de comida, como dice su nombre son rápidos, ricos en grasas y calorías, por lo que también son muy sabrosos, por lo demás encontramos estos lugares en todas partes, por lo que se han vuelto transversales a las clases sociales, abarcando todos los públicos, aunque su clientela objetiva, en sus inicios pareció ser los niños, a través de una publicidad muy potente, la cual partió atrayéndolos con obsequios incorporados en sus menús. La ida al local de comida rápida era ahora, un paseo familiar y la comida un premio. Esos niños crecieron y en muchas ocasiones, también se volvieron adictos a este tipo de alimentación, la cual sin ningún control, generó un sobrepeso.

III.-MARCO CONCEPTUAL

3.3-CONCEPTOS

OMS: Se define como la Organización Mundial de la Salud

OBESIDAD: Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

SALUD: Según La OMS la define como “el estado completo bienestar físico, mental y social”

ACTIVIDAD FÍSICA: Se define como cualquier movimiento corporal producido por el Sistema músculo esquelético que resulte un gasto energético.

HÁBITOS ALIMENTICIOS: Son los hábitos adquiridos a lo largo de la vida, que influyen en nuestra alimentación diaria

FACTOR ETIOLÓGICO: Es aquel factor que tiene como origen la obesidad, los genéticos, metabólicos, ambientales, nutricionales y la actividad física, entre otros.

FACTOR GENÉTICO: Hay evidencia de que en una proporción importante la obesidad está genéticamente determinada. Si bien es difícil diferenciar entre la herencia genética y la herencia cultural, existe un consenso cada vez mayor de que el IMC es heredable en cerca de 33% de los casos (Stunkard, 1996).

PIRAMIDE ALIMENTICIA: Es un gráfico diseñado a fin de indicar en forma simple cuáles son los alimentos que son necesarios en la dieta, y en qué cantidad consumirlos, para lograr una dieta sana y balanceada. Esta pirámide incluye todos los grupos de alimentos, sin intentar restringir ninguno, sólo indica de manera sencilla cuánto consumir de cada uno de estos grupos a fin de mantener una buena salud.

ESTILO DE VIDA: Se caracteriza por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física son factores importantes en la génesis de la obesidad, sobre todo en el medio urbano. Es importante señalar que en México la obesidad ha aumentado considerablemente no sólo en los adultos, sino también en los niños, particularmente por los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, ya que los escolares dedican varias horas del día a ver televisión y utilizar videojuegos, en lugar de realizar alguna actividad física.

FACTORES METABÓLICOS: Son los factores que pueden influir en el desarrollo de la obesidad, por la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos. Por el aumento en la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo, mayor eficiencia para efectuar el trabajo fisiológico, en la que se requiere menos energía, y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos que se almacenan en el tejido graso, y Por la inhibición en la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

IMC: Es el índice de masa corporal, del peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/cm^2)

3.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Siguen los escolares de 3° Básico de 8 – 9 Años del Colegio Patricio Mekis los mismos patrones Nacionales de Obesidad Infantil.

3.5. ANALISIS DE RESULTADOS

La investigación ha arrojado que el 16% de la muestra presenta algún grado de obesidad infantil, cifra alarmante considerando que solo se toma un grupo reducido de 36 escolares, sin embargo estos niveles siguen encontrándose por debajo del promedio de obesidad infantil del país que se considera un 23,1% el 67.7% de los apoderados encuestados considera que el escolar tiene una tendencia al consumo de productos saludables. El 88.8% de los apoderados afirma que su hijo come habitualmente frutas y verduras durante el día.

El 78,25% de los escolares tiene un patrón alimenticio saludable, mientras que un 21,75% no 52,7% de los apoderados reconoce el consumo habitual de su hijo de comida rápida o snack, el 61,1% de los escolares consume adicionalmente colaciones en la semana, aparte de las colaciones proporcionadas por el establecimiento, el 80,5% afirma el consumo de bebidas azucaradas durante el día de los escolares.

91,6% reconoce que su hijo realiza actividad física importante durante el día.

El 83,3% de los apoderados tiene la percepción de que su hijo se encuentra en un estado nutricional normal y solo un 16,6% cree que su hijo tiene sobrepeso, estas cifras nos permiten inferir que la percepción de los apoderados es errónea respecto al real estado nutricional en que este se encuentra, pues obtenemos que solo el 67% se encuentra en un estado normal, además los padres no reconocen la situación de obesidad en que se encuentran el 16% de la muestra.

En la investigación se encuentra que, el género masculino predomina por sobre el femenino en cuanto a la obesidad pues el doble de los niños del curso con respecto a las niñas desarrollan la patología. Sin embargo cabe señalar que hay un 12% más de hombres que mujeres en este.

IV.-MARCO METODOLÓGICO

4.1.-TIPO DE LA INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

La presente investigación busca identificar y describir los distintos factores que inciden o influyen en el problema de la obesidad en niños escolares de 8-9 años de edad, siendo definida, como una investigación cuantitativa de carácter descriptivo y de corte transversal, ya que “se selecciona una serie de factores y se mide con la recolección de información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga y ver qué factores influyen con mayor frecuencia en cada uno de ellos.

4.2. MUESTRA DEL ESTUDIO

Niños y niñas que se encuentren actualmente cursando 3° Básico en el Colegio Patricio Mekis y que sus edades fluctúen entre los 8 y 9 años

A. Características de la muestra:

Escolares de entre 8 y 9 años que actualmente cursan 3 año Básico del Colegio Patricio Mekis los cuales han sido autorizados por sus tutores, los cuales han proporcionado información adicional respecto a Patrón Alimenticio y Actividad Física.

B. Selección del lugar y tiempo:

El estudio se realizará en el Establecimiento de Educación Primaria “Patricio Mekis” en la comuna de Padre Hurtado ubicada al Suroeste de la Región Metropolitana a 23 kilómetros al Sur de la ciudad de Santiago.

4.3. JUSTIFICACIÓN DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La revisión bibliográfica revela datos preocupantes en el incremento de la obesidad infantil siendo muy pertinente poder llevar a cabo esta investigación, para así tener un punto de partida en el diseño de futuras estrategias.

El método de recolección de datos se llevará a cabo mediante el control de las medidas antropométrico, la cual involucra mediciones sencillas para describir las formas y dimensiones del cuerpo, como el peso y la talla siendo valores referenciales de los valores normales para cada edad, seguido de un análisis para la obtención del IMC.

Se obtendrá información específica en la recolección de datos la cual será otorgada por los tutores de los niños a través de la encuesta que se les entrego. Con toda esta información podremos obtener el estado nutricional y estilos de vida del niño .Los cuales serán comparados con los datos de peso y talla para poder plantear nuestras conclusiones y resultados del presente trabajo

- **Encuestas**

El formato de encuesta estructurada, es un formato sencillo de entender con un lenguaje coloquial con el objeto de que fuera de fácil manipulación y entendimiento para los apoderados, referente a temas de alimentación y actividad física.

“La técnica de encuestas se presenta útil, por lo tanto, para obtener información de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en su practicas individuales. Así, la entrevista, tiene un espacio de cobertura fundamentado en el comportamiento ideal del individuo concreto en su relación con el objeto de investigación, circunscribiendo un espacio pragmático” (Delgado y Gutiérrez.1999).

4.4. CONTROLES DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del estudio está dada por el tipo de encuesta estructurada que fue formulada especialmente para este tipo de estudio además de ser entregada a los tutores con su respectiva orientación y educación respecto a cómo ser llenada y al tema en cuestión que sería obesidad infantil.

Los dos instrumentos utilizados para la medición del estado nutricional de la muestra son válidos, pues el IMC es la herramienta utilizada por excelencia para la categorización ponderal del individuo. Y la encuesta fue formulada según los principales factores que inciden en la Obesidad (Consumo de verduras, régimen de horarios, consumos de Snacks en horarios de recreo, etc.) La OMS y el MINSAL respaldan el uso de estos dos instrumentos para la detección de esta patología, ya que el diagnóstico debe realizarse según la valoración de peso, talla, entrevista sobre antecedentes, hábitos alimenticios y vida sedentaria, todos tópicos abordados en la entrevista.

PLAN DE TRABAJO

CARTAGANTT

PROYECTO DE TESIS															
Fecha de Inicio: 27 de Mayo de 2014	nombre de integrantes		jalejandra muñoz	jhoanna godoy											
Fecha de Termino: 07 de Septiembre de 2014			claudia fuica	vanessa pizarro											
			karina muñoz												
Actividad	Semanas														
1ª Parte: Taller de Tesis 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Perfil de Tesis	■														
Introducción		■													
Planteamiento del Problema		■													
Corrección			■												
Objetivos Generales			■												
Objetivos Especificos			■	■	■	■	■								
Preguntas de Investigación				■	■	■	■	■							
Corrección de Actividades								■	■						
Justificación								■	■	■					
Paradigma								■	■	■					
Objeto de Estudio								■	■	■					
Corrección de Actividades									■	■					
Técnicas de Recoleccion de Datos										■	■				
Evaluación Primera Nota de Informe										■	■				
2ª Parte: Evolución Tesis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Entrevista Grupal											■	■			
Acercamiento al Terreno											■	■			
Contacto con el Sujeto de Estudio											■	■			
Aplicación de Instrumentos											■	■			
Transcribir Formulación Obtenida											■	■			
Recolección de Datos Duros											■	■			
Revisión de Teoría											■	■			
Marco Referencial											■	■			
Marco Conceptual											■	■			
Hipótesis de Investigación											■	■			
3ª Parte: Evaluación Final Proyecto Tesis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Seguimiento del Proyecto												■	■	■	■
Visita a Terreno												■	■	■	
Análisis de Problema												■	■	■	
Análisis Descriptivo														■	
Constatar Información														■	
Marco Metodológico												■	■		
Diseño de Investigación												■	■		
Universo														■	
Corrección de Actividades													■	■	
Muestra de Estudio														■	
Justificación de Técnicas de Recolección de Datos														■	
Controles de Validez														■	
Confiabilidad ó Credibilidad														■	
Proceso de Análisis y Conclusiones														■	
Transcribir Información														■	
Construcción de Informe Final														■	

4.6. DISEÑO, EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN

RECOLECCION DE DATOS

Para la obtención de datos se realizaron encuestas a los padres y mediciones antropométricas a los hijos.

La encuesta fue realizada por estudiantes de Enfermería que actualmente cursan 4° Año, de la Universidad del Mar, previa a una explicación a los apoderados respecto al tema en estudio, respecto a, la Obesidad Infantil.

Las variables del estudio son: edad, sexo, evaluación peso/edad, y evaluación talla/edad, antecedentes alimenticios y patrón de actividad física, además a los niños se le realizó mediciones antropométricas con el objeto de obtener los datos del IMC.

Para la evaluación antropométrica fuimos hasta el recinto escolar, donde nos autorizaron para ingresar en hora académica (ed. Física) y así tomar pesos y tallas en una balanza digital para niños mayores a 6 años y cinta métrica, con los cuales luego los comparamos con la tabla nutricional en niños mayores de 6 años según MINSAL 2014

Una vez recogidos los datos se realizaron los cálculos en base a la fórmula de IMC y así obtuvimos la categorización del estado nutricional de cada alumno.

4.7. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para la aplicación de nuestro instrumento antes que todo se tuvieron que solicitar los permisos pertinentes al establecimiento escolar solicitando autorización y colaboración para llevar a cabo nuestra investigación, como también la autorización pertinente en la universidad.

Se les informo a las apoderados o tutores del estudio y el objetivo de la investigación, para luego darles a conocer el formato encuesta que tendrían que llenar con datos fidedignos de los niños de tercer año a evaluar, junto con un consentimiento informado.

La encuesta fue mediante la formulación de preguntas de tipo cerradas para conocer generalidades de hábitos alimenticios y actividad física de los estudiantes. La encuesta constó de 2 partes. Una primera consta de antecedentes personales de los estudiantes y la segunda que nos entrega su nivel de Sedentarismo.

También se utilizan técnicas con indicadores o parámetros antropométricos, en donde se procedió a tallar de la siguiente manera, se ubica al niño parado con talones, glúteos y cabeza en contacto con la pared con un ayudante que sosteniendo los talones en contacto con el piso y las piernas bien extendidas. La cabeza debe sostenerse de modo que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que la oreja.

Se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire haciéndose lo más alto posible. Entonces se efectúa la lectura en la cinta métrica. También se pesó a los escolares mediante el siguiente procedimiento, con menos prendas posibles, luego colocarlo sobre pesa digital previamente equilibrada y se efectúa el registro en kg, y por último se calculara el índice de masa corporal (IMC) el cual es un cociente que relaciona dos medidas, el peso y la estatura. Este índice se obtiene dividiendo el peso por el cuadrado de la estatura en metros (la estatura multiplicada por sí misma).

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (cm)}^2} = \text{IMC}$$

5.1 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Clasificación de IMC en tabla, con rangos nutricionales proporcionados por el MINSAL. Según los resultados de la muestra obtenida de alumnos.

Tabla 1

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Factor de Riesgo		IMC	Estado nutricional
					Modificable	No Modificable		
01	f	8	30	1,37	X		15,98	normal
02	f	9	42	1,33	X		23,74	con obesidad
03	f	9	28	1,30	X		16,57	normal
04	f	8	30	1,33	X		16,96	normal
05	f	9	28	1,30	X		16,57	normal
06	f	8	24	1,35	X		13,17	baja de peso
07	f	9	29	1,25	X		19,02	normal
08	f	9	32	1,34	X		17,82	normal
09	f	9	29	1,27	X		17,98	normal
10	f	9	32	1,40	X		15,82	normal
11	f	9	43	1,33	X		23,74	con obesidad
12	f	8	28	1,25		X	17,92	normal
13	f	8	30	1,33		X	16,96	normal
14	f	8	28	1,33	X		15,83	normal
15	f	9	40	1,37	X		21,31	riesgo de sobrepeso
16	f	9	39	1,36	X		21,63	riesgo de sobrepeso
17	M	9	35	1,39	X		18,12	normal
18	M	9	36	1,26	X		22,68	con obesidad
19	M	8	33	1,28	X		20,14	riesgo de sobre peso
20	M	8	32	1,42	X		15,87	normal
21	M	9	3	1,34	X		21,72	con obesidad
22	M	9	29	1,21	X		19,81	riesgo de sobrepeso
23	M	9	42	1,36	X		22,17	con obesidad
24	M	8	25	1,30	X		14,79	normal
25	M	8	29	1,26	X		18,27	normal
26	M	8	32	1,40	X		16,33	normal
27	M	9	28	1,25	X		17,28	normal
28	M	9	28	1,33	X		15,83	normal
29	M	9	30	1,29	X		17,43	normal
30	M	8	30	1,37	X		15,45	normal
31	M	9	42	1,36	X		22,71	con obesidad
32	M	9	24	1,21	X		16,39	normal
33	M	8	33	1,34	X		18,38	riesgo de sobrepeso
34	M	9	33	1,33	X		18,66	normal
35	M	8	29	1,26	X		18,27	normal
36	M	9	32	1,42	X		15,87	normal

5.2. CLASIFICACIÓN ESTADO NUTRICIONAL

- CODIFICACION DE RESULTADOS OBTENIDOS POR LA CANTIDAD TOTAL DE 36 ALUMNOS.

bajo peso	normal	riesgo de sobre peso	obesidad
1	24	5	6

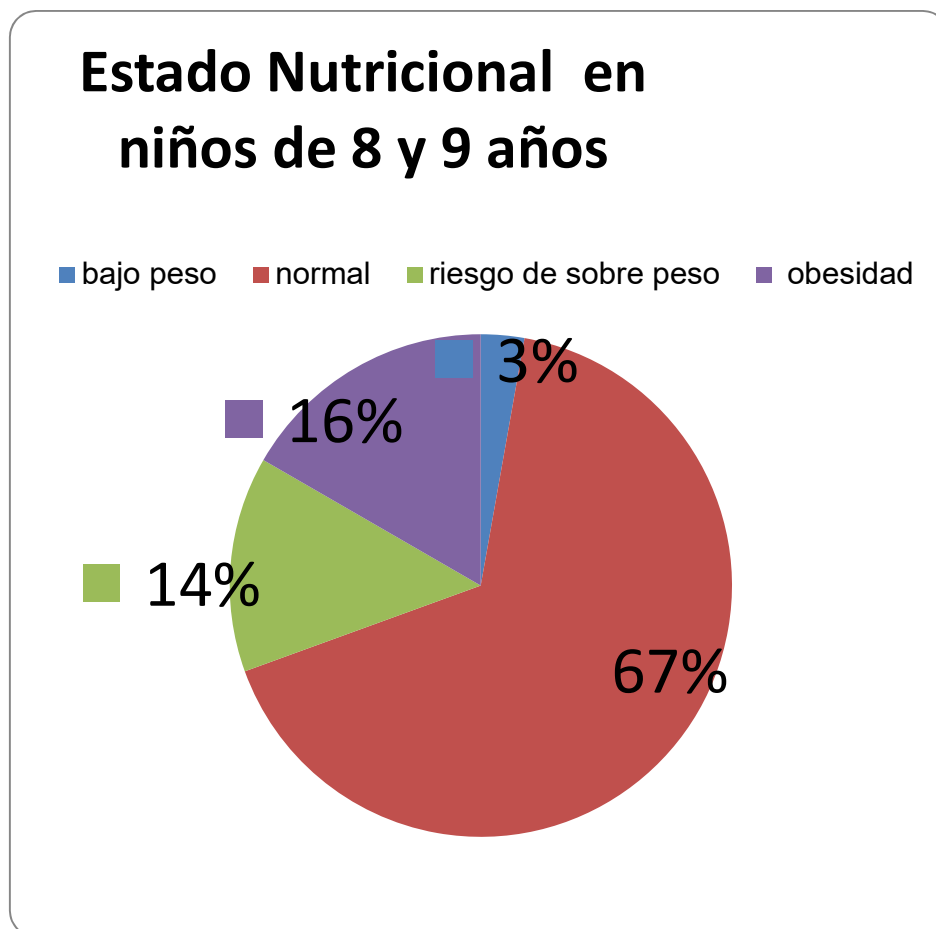
riesgos de sobre peso sexo femenino		riesgo de sobre peso sexo masculino
2		3
40%		60%

obesidad sexo femenino	obesidad sexo masculino
2	4
33,33%	67%

Este recuadro está representado por los escolares que tienen una patología de base ya sea de ella o sus padres, en este caso solo fueron 2 de un total de 36 escolares.

modificable	no modificable
34	2

5.3. Grafico 1.-Estado Nutricional en Niños de 8 y 9 Años



Resultados

Los resultados obtenidos fueron calculados en porcentaje y clasificados:

De una Muestra total de 36 alumnos encuestados determinamos que:

Un 3% corresponde a Bajo Peso

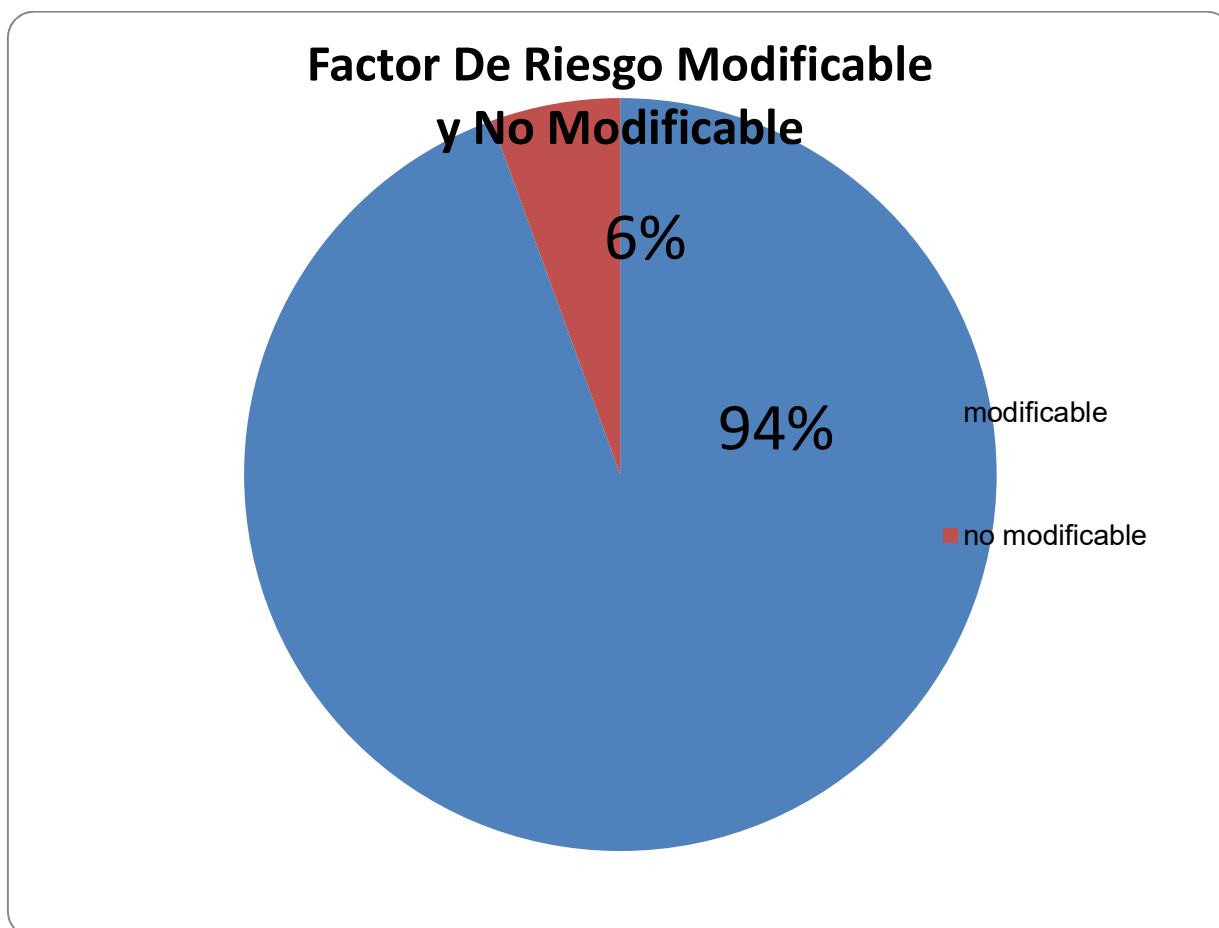
Un 14% Corresponde a Sobre Peso

Un 16% Corresponde a Obesidad

y un 67% Corresponde a Normal

De un total de 100% de 36 alumnos

5.4. Gráfico 2.- Factor de Riesgo Modificable y No Modificable



Resultados

Los resultados obtenidos fueron calculados en porcentaje y clasificados en:

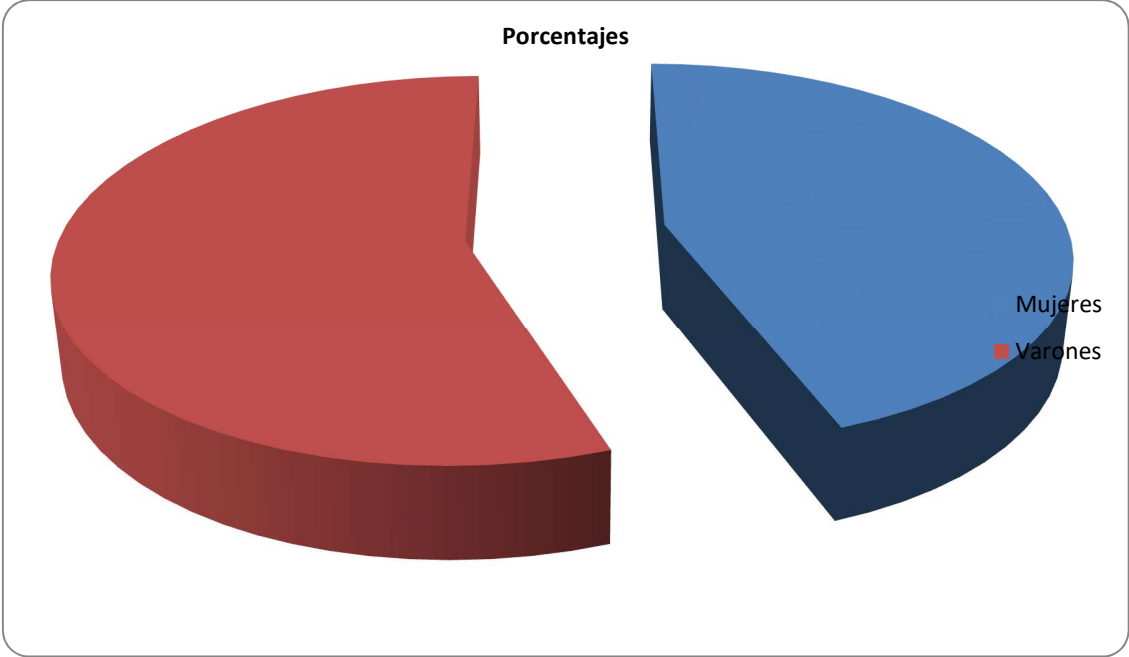
donde encontramos Factores de Riesgo Modificables y No Modificable:

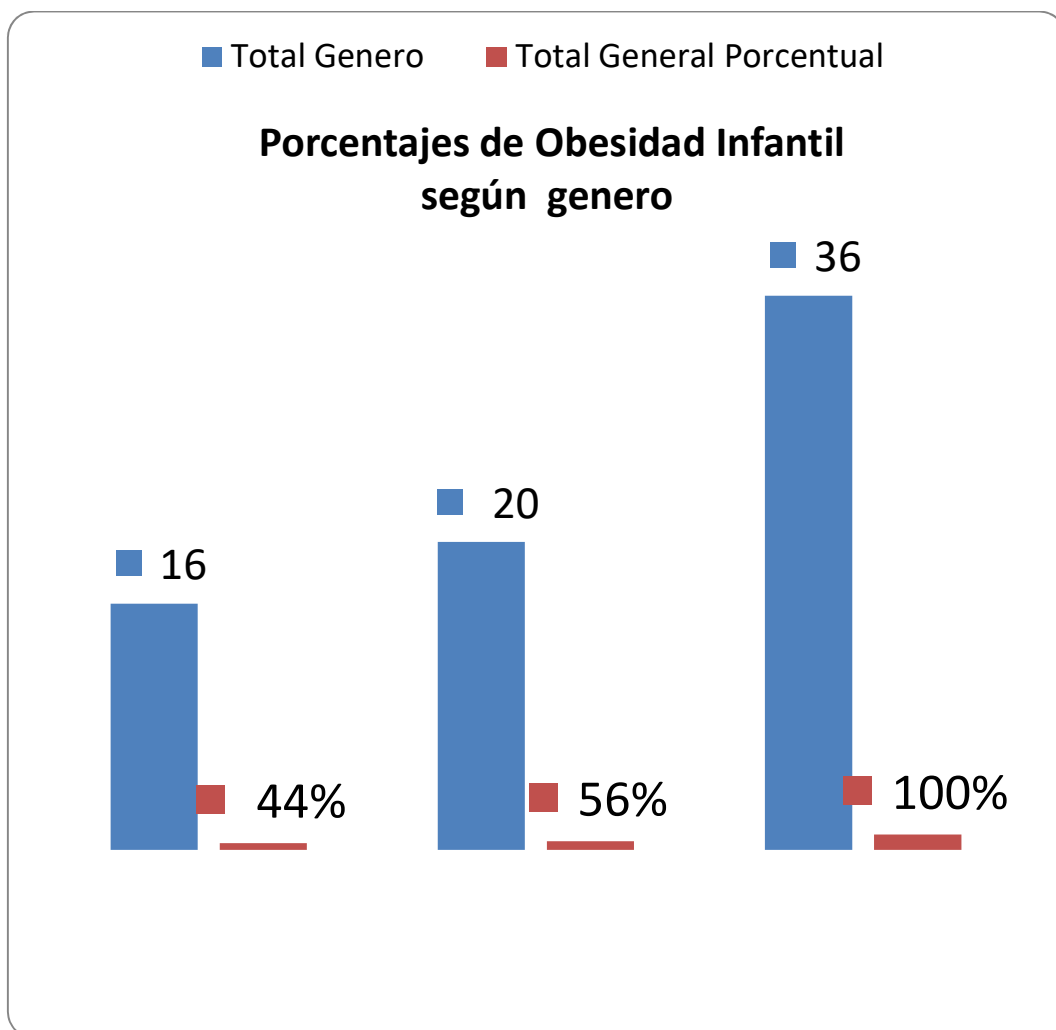
Un 6% Corresponde a No Modificable

Y un 94% Corresponde a Modificable

De un total de 100% de 36 alumnos

5.5. Gráfico 3.-Comparación de Porcentajes de Obesidad Infantil según género





RESULTADOS

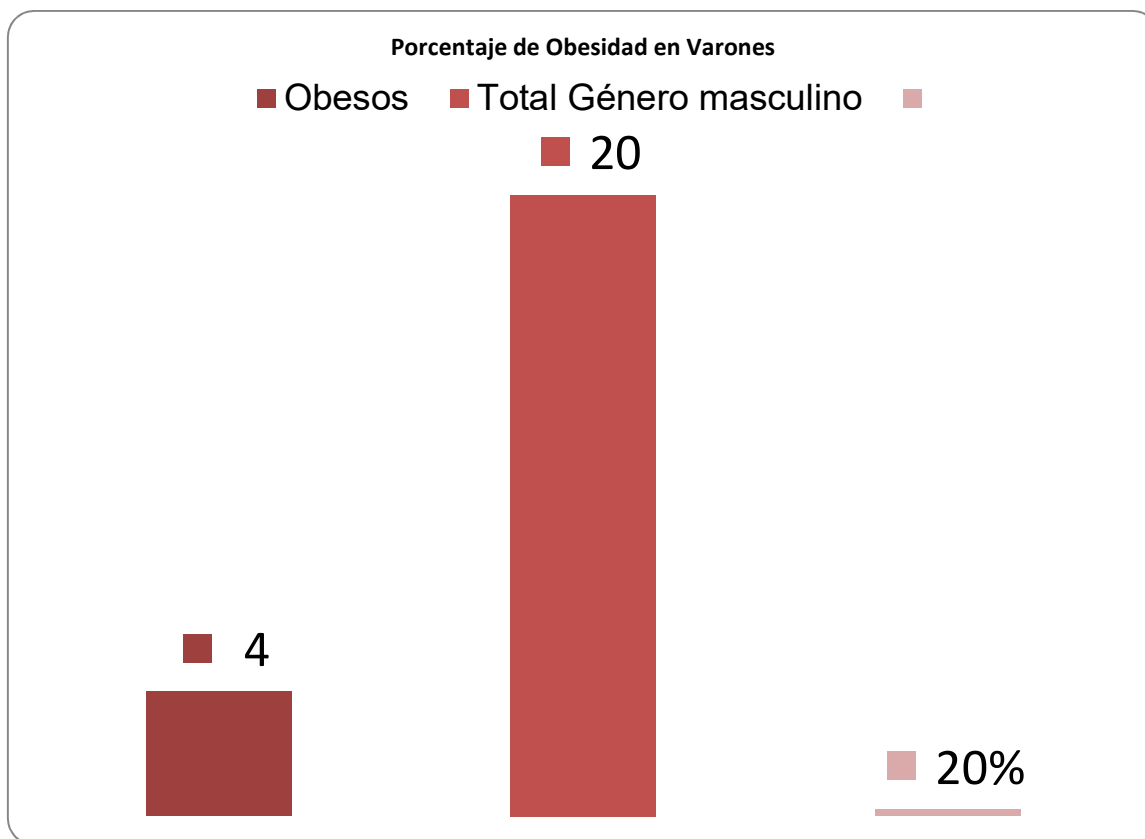
De igual manera la, equivalencia total de 100% según Género, de un total de 36 Niños, detallamos:

16 niñas equivalen un 44%

20 niños equivalen un 56%

Dando así un total del 100%

5.6 Gráfico 4, hombres con obesidad según porcentajes



Resultados

Los resultados obtenidos fueron calculados en porcentaje y clasificados en:

Donde encontramos que, según Género, de un Total de 20 Niños, detallamos:

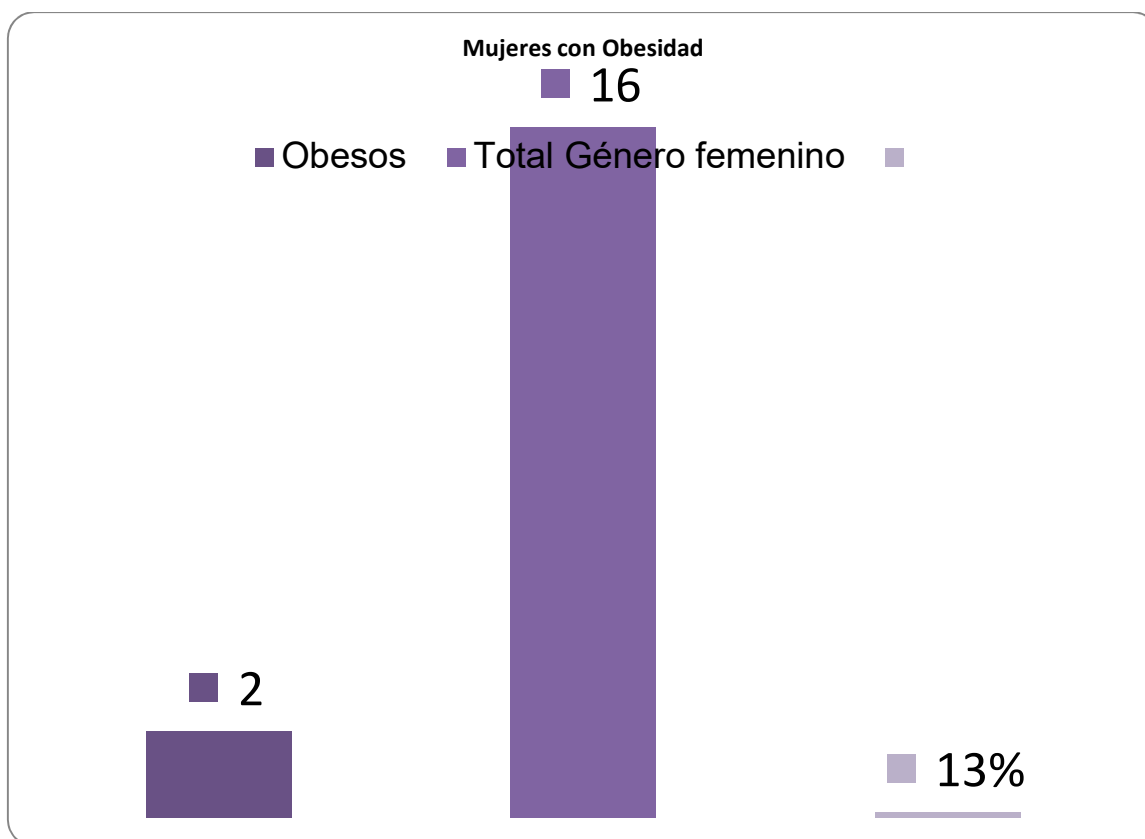
De un total de 20 niños masculinos

4 niños de género masculinos tienen obesidad

Dando como resultado un porcentaje de 20%

Formando así un 11% equivalentes de obesidad del Total del Universo de 36 Alumnos

5.7. Gráfico 4.-Porcentaje de Obesidad en género femenino.



Resultados

Los resultados obtenidos fueron calculados en porcentaje y clasificados en:

Donde encontramos que, según Género, de un Total de 16 Niñas, detallamos:

De un total de 16 género femenino

2 niñas de género femenino tienen obesidad

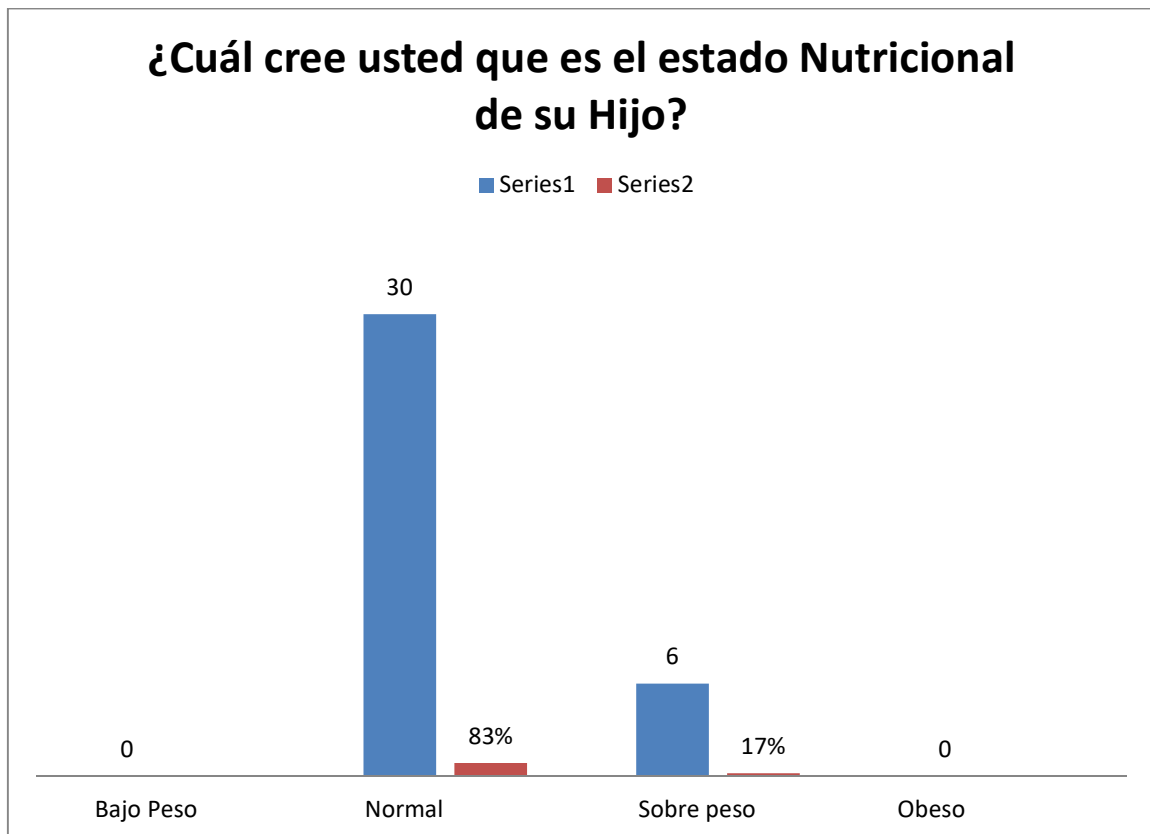
Dando como resultado un porcentaje de 13%

Formando así un 6% equivalentes de obesidad del Total del Universo de 36 Alumnos Encuestados

6.1 CONCLUSIÓN

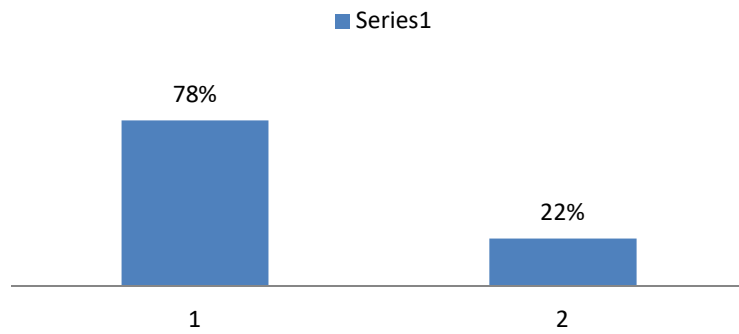
La investigación realizada en el colegio patricio Mekis corroborando que las cifras de obesidad infantil son alarmantes en este establecimiento a pesar de que el índice es por debajo al promedio nacional. Y los factores que afectan esta condición son los mismos que a lo largo de esta investigación se ha puesto en tela de juicio como son sedentarismo y la mala alimentación por consumo principalmente de alimentos que no se aconsejan en el consumo de la dieta diaria de los escolares (bebidas azucaradas, snack)

¿Cuál cree usted que es el estado Nutricional de su Hijo?

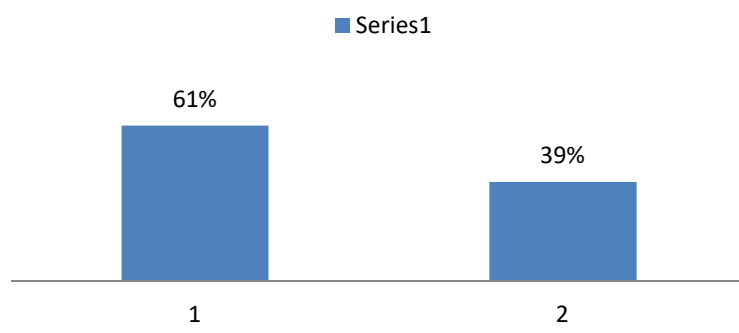


Encuesta Cerrada a Apoderados		Si	No
1	¿Usted considera que su hijo come de manera saludable?	28	8
2	¿Habitualmente lleva colación en la Semana?	22	14
3	¿Su hijo come a menudo comida rápida o snack (Frituras, chocolates, etc.)?	19	17
4	¿Come habitualmente frutas o verduras durante el día?	32	4
5	¿Toma bebidas azucaradas durante el día?	31	5
6	¿Dedica tiempo su hijo a en actividad física importante (Deporte, Correr, etc.)?	30	6
7	¿Usted le otorga o le facilita dinero para su alimentación en el recreo?	25	11
8	¿Usted le comenta a su hijo sobre lo importante de la alimentación saludable?	29	7
9	¿Su hijo tiene horarios de alimentación (Desayuno, almuerzo, Once)?	33	3

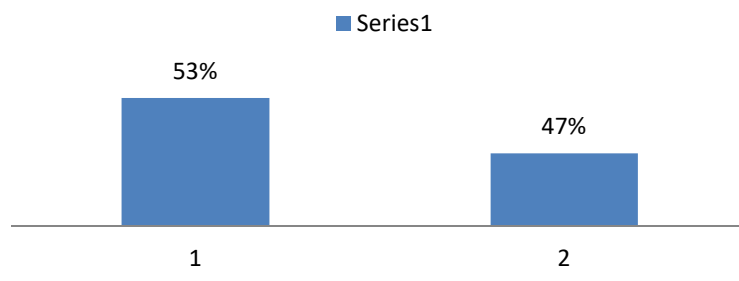
¿Usted considera que su hijo come de manera saludable?



¿Habitualmente lleva colación en la Semana?



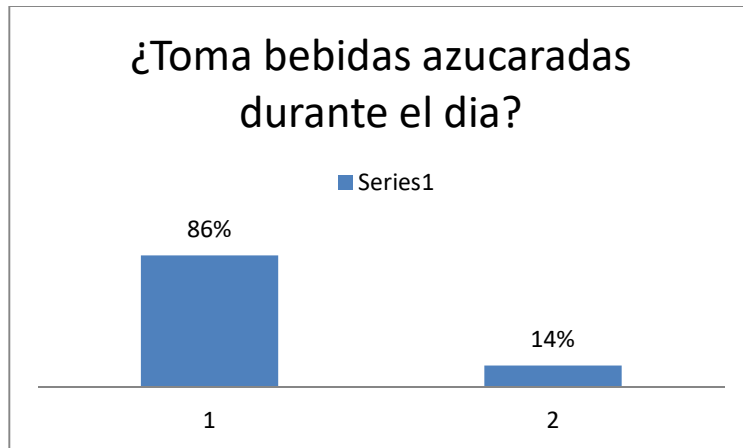
¿Su hijo come a menudo comida rápida o snack (Frituras, chocolates, etc.)?



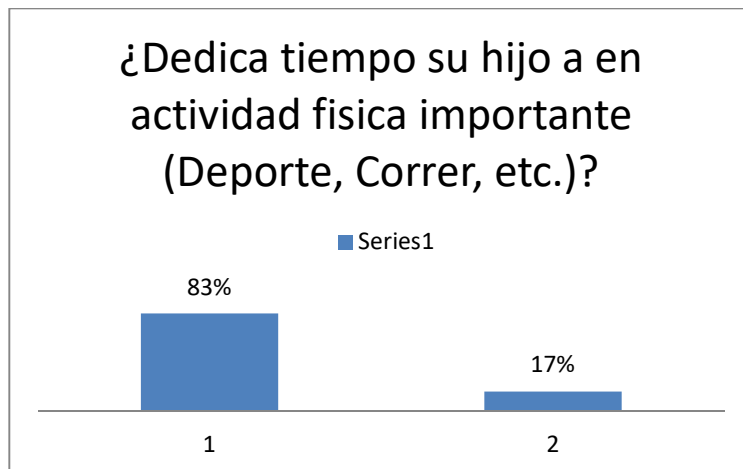
¿Come habitualmente frutas o verduras durante el día?



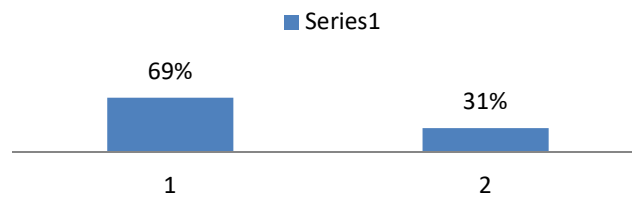
¿Toma bebidas azucaradas durante el día?



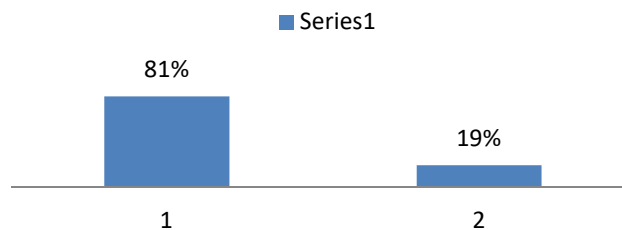
¿Dedica tiempo su hijo a en actividad física importante (Deporte, Correr, etc.)?



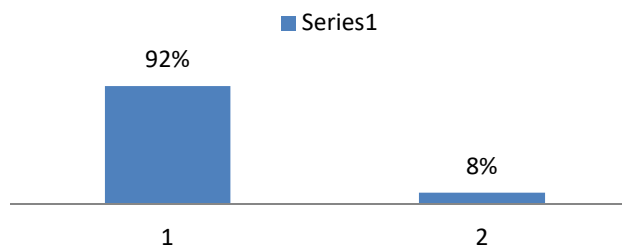
¿Usted le otorga o le facilita dinero para su alimentación en el recreo?



¿Usted le comenta a su hijo sobre lo importante de la alimentación saludable?



¿Su hijo tiene horarios de alimentación (Desayuno, almuerzo, Once)?



6.2 PROYECCIONES

Sería de gran relevancia aplicar un estudio en los distintos cursos de educación básica, para indagar si existen diferencias en los diferentes cursos. Se podrían realizar estudios comparativos en donde se correlacione conjuntamente con un establecimiento de educación básica municipalizado vs particular. Otra opción podría ser considerar grupos de estratos socioeconómicos diferentes para así establecer la comparación si el nivel socioeconómico influye en los porcentajes de obesidad infantil.

6.3.- CUADRO COMPARATIVO OBJETIVOS GENERALES

Determinar porcentaje de niños que presentan obesidad en etapa escolar de 8-9 años del colegio Patricio Mekis	Se logró objetivos esperados obteniendo un 16,5% de obesidad .de un total de 36 niños.
---	--

6.4 CUADRO COMPARATIVO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer generalidades alimenticias del consumo que presentan los escolares	Se logró conocer patrones alimenticios diarios relevantes de los escolares, descritos por los apoderados como consumo saludable.
Conocer generalidades de ejercicio y sedentarismo del escolar	Se determinó que los niños realizan al menos 15 minutos diarios de ejercicio y que pasa alrededor de 2 horas frente algún tipo de pantalla.
Se establece las diferencias de IMC predominante según género	Si se logra identificar el IMC de niñas y niños en etapa escolar.

Tabla de IMC Para la Edad, de NIÑAS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad		Sobrepeso	Normal	leve	moderada
(años:meses)		$\geq +1$ a $< +2$ SD	≥ -1 a $< +1$ SD	≥ -2 a < -1 SD	≥ -3 a < -2 SD
		(IMC)	(IMC)	(IMC)	(IMC)
5:1	210	16.9-18.8	13.9-16.8	12.7-13.8	11.8-12.6
5:6	210	16.9-18.9	13.9-16.8	12.7-13.8	11.7-12.6
6:0	210	17.0-19.1	13.9-16.9	12.7-13.8	11.7-12.6
6:6	210	17.1-19.4	13.9-17.0	12.7-13.8	11.7-12.6
7:0	210	17.3-19.7	13.9-17.2	12.7-13.8	11.8-12.6
7:6	210	17.5-20.0	14.0-17.4	12.8-13.9	11.8-12.7
8:0	210	17.7-20.5	14.1-17.6	12.9-14.0	11.9-12.8
8:6	210	18.0-20.9	14.3-17.9	13.0-14.2	12.0-12.9
9:0	210	18.3-21.4	14.4-18.2	13.1-14.3	12.1-13.0
9:6	210	18.7-21.9	14.6-18.6	13.3-14.5	12.2-13.2
10:0	210	19.0-22.5	14.8-18.9	13.5-14.7	12.4-13.4
10:6	210	19.4-23.0	15.1-19.3	13.7-15.0	12.5-13.6
11:0	210	19.9-23.6	15.3-19.8	13.9-15.2	12.7-13.8
11:6	210	20.3-24.2	15.6-20.2	14.1-15.5	12.9-14.0
12:0	210	20.8-24.9	16.0-20.7	14.4-15.9	13.2-14.3
12:6	210	21.3-25.5	16.3-21.2	14.7-16.2	13.4-14.6
13:0	210	21.8-26.1	16.6-21.7	14.9-16.5	13.6-14.8
13:6	210	22.3-26.7	16.9-22.2	15.2-16.8	13.8-15.1
14:0	210	22.7-27.2	17.2-22.6	15.4-17.1	14.0-15.3
14:6	210	23.1-27.7	17.5-23.0	15.7-17.4	14.2-15.6
15:0	210	23.5-28.1	17.8-23.4	15.9-17.7	14.4-15.8
15:6	210	23.8-28.5	18.0-23.7	16.0-17.9	14.5-15.9
16:0	210	24.1-28.8	18.2-24.0	16.2-18.1	14.6-16.1
16:6	210	24.3-29.0	18.3-24.2	16.3-18.2	14.7-16.2
17:0	210	24.5-29.2	18.4-24.4	16.4-18.3	14.7-16.3
17:6	210	24.6-29.3	18.5-24.5	16.4-18.4	14.7-16.3
18:0	210	24.8-29.4	18.6-24.7	16.4-18.5	14.7-16.3

Tabla de IMC Para la Edad, de NIÑOS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad		Sobrepeso	Normal	leve	moderada
(años:meses)		$\geq +1 a < +2 SD$	$\geq -1 a < +1 SD$	$\geq -2 a < -1 SD$	$\geq -3 a < -2 SD$
		(IMC)	(IMC)	(IMC)	(IMC)
5:1	16.6	16.6-18.2	14.1-16.5	13.0-14.0	12.1-12.9
5:6	16.7	16.7-18.3	14.1-16.6	13.0-14.0	12.1-12.9
6:0	16.8	16.8-18.4	14.1-16.7	13.0-14.0	12.1-12.9
6:6	16.9	16.9-18.6	14.1-16.8	13.1-14.0	12.2-13.0
7:0	17.0	17.0-18.9	14.2-16.9	13.1-14.1	12.3-13.0
7:6	17.2	17.2-19.2	14.3-17.1	13.2-14.2	12.3-13.1
8:0	17.4	17.4-19.6	14.4-17.3	13.3-14.3	12.4-13.2
8:6	17.7	17.7-20.0	14.5-17.6	13.4-14.4	12.5-13.3
9:0	17.9	17.9-20.4	14.6-17.8	13.5-14.5	12.6-13.4
9:6	18.2	18.2-20.8	14.8-19.1	13.6-14.7	12.7-13.5
10:0	18.5	18.5-21.3	14.9-18.4	13.7-14.8	12.8-13.6
10:6	18.8	18.8-21.8	15.1-18.7	13.9-15.0	12.9-13.8
11:0	19.2	19.2-22.4	15.3-19.1	14.1-15.2	13.1-14.0
11:6	19.5	19.5-22.9	15.5-19.4	14.2-15.4	13.2-14.1
12:0	19.9	19.9-23.5	15.8-19.8	14.5-15.7	13.4-14.4
12:6	20.4	20.4-24.1	16.1-20.3	14.7-16.0	13.6-14.6
13:0	20.8	20.8-24.7	16.4-20.7	14.9-16.3	13.8-14.8
13:6	21.3	21.3-25.2	16.7-21.2	15.2-16.6	14.0-15.1
14:0	21.8	21.8-25.8	17.0-21.7	15.5-16.9	14.3-15.4
14:6	22.2	22.2-26.4	17.3-22.1	15.7-17.2	14.5-15.6
15:0	22.7	22.7-26.9	17.6-22.6	16.0-17.5	14.7-15.9
15:6	23.1	23.1-27.3	18.0-23.0	16.3-17.9	14.9-16.2
16:0	23.5	23.5-27.8	18.2-23.4	16.5-18.1	15.1-16.4
16:6	23.9	23.9-28.2	18.5-28.1	16.7-18.4	15.3-16.6
17:0	24.3	24.3-28.5	18.8-24.2	16.9-18.7	15.4-16.8
17:6	24.6	24.6-28.9	19.0-24.5	17.1-18.9	15.6-17.0
18:0	24.9	24.9-29.1	19.2-24.8	17.3-19.1	15.7-17.2

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar C. Ma José, (2003), Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos, edit. Elsevier, España.
- Behrman E Richard, Kliegman M. Roberth, Jenson B. Hal, (2001), Tratado de Pediatría de Nelson Vol I., 16 ed . edit. Me Graw Mili: México.
- Canales de H Francisca. Alvarado de L Eva, Pineda Elia. (2002), Metodología de la Investigación Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, edit., liinusa: México.
- Chiprut Roberto Alejandro Castellinos-Urdaibay. Cinthia Sánchez-Hernández Daniel Martínez García, Mana Elena Cortés, Rebeca Chiprut, Paola del Conde Ovadia,
- bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: McGraw Hill, 2006. 970-10-5753-8.
- . Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 1994. ISBN 950-9129-86-0.
- Contreras, Jesús. La obesidad: una perspectiva sociocultural. Medicina Información. [En línea] 2002. [Citado el: 12 de Septiembre de 2008.] <http://es.salut.conecta.it/pdf/planell.pdf>.
- Bongers, Wolfgang. Literatura, cultura, enfermedad. Una introducción. [aut. libro] Wolfgang y Olbrich, Tanja (comps.) Bongers. Literatura, cultura, enfermedad. Buenos Aires, Argentina : Paidós, 2006.
- Dr.Battistella, Gabriel. Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud (CEDSS). [En línea] [Citado el: 23 de Abril de 2008.] www.cedss.com.ar/trabajos/aps/El_proceso_salud_enfermedad.pdf .

- Ponte Mittelbrunn, Carlos. CPR: Centro del Profesorado y de Recursos de Avilés. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. [En línea] CPR, 2007. [Citado el: 12 de Octubre de 2008.] www.cpraviles.com/proyectos/REDES/articulos/C._PONTE._Conceptos_de_la_salud.doc .
- Giddens, Anthony. Sociología, Tercera Edición Revisada. Madrid, España : Alianza, 2001. 84- 206-8176-8.
- Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural. Flores-Guerrero, Rodrigo. Santiago de Chile: Dpto. de Antropología. Universidad de Chile, Mayo de 2004, Revista Mad. Magister en Antropología y Desarrollo., Vol. 10. <http://www.revistamad.uchile.cl/>.
- OMS. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. 1988.
- Ministerio de Salud, Chile. Medición y monitoreo de las desigualdades intercomunales en Salud - Chile 2005. Santiago de Chile: MINSAL, 2006. Propiedad Intelectual N° 156921.
- Ministerio de Salud; OPS; FONASA. Seminario: Equidad y Eficiencia en la toma de decisiones en salud. Santiago de Chile : Ministerio de Salud, Abril 1998.
- Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del período. Evaluación Objetivo III: Disminuir las desigualdades en Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2006.

8.1 ANEXOS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

8.2 Encuesta de evaluación

Para elaboración de Proyecto de tesis en **“IDENTIFICACIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ESCOLARES”** de 8 a 9 años en relación al consumo de comida rápida y sedentarismo.

En Establecimiento de Educación Primaria “Patricio Mekis”, comuna de Padre Hurtado durante el segundo Semestre del Año 2014, en niños que cursan tercer año básico.

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

FICHA DE REGISTROS NIVEL (CURSO) _____

NOMBRE COMPLETO _____

F. NACIMIENTO _____

SEXO ___F___

1. ¿Cuál cree UD. que es el estado nutricional de su hijo?

___ Bajo Peso

___ Normal

___ Sobrepeso

___ Obeso

MARQUE LA ALTERNATIVA CORRECTA CON UN "X" CON LA CANTIDAD QUE CORRESPONDA

APLICACIÓN DE TEST	SI	NO	CANTIDAD
¿Ud. considera que su hijo come de manera saludable?			
¿Habitualmente lleva colación en la semana?			
¿Come a menudo su hijo comida rápida o snack (papa fritas, chocolates, soufflés, galletas, etc.)?			
¿Come habitualmente frutas y verduras durante el día)			
¿toma bebidas azucaradas durante el día)			
¿Dedica tiempo su hijo en actividad física importante (deportes, correr, andar en bicicleta, etc.)			
Ud. Le otorga o le facilita dinero para su alimentación en el recreo			
Ud le comenta a su hijo sobre lo importante que es la alimentación saludable			
Su hijo tiene horarios de alimentación (desayuno			

8.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, autorizo a mi hijo a que le realicen una evaluación de IMC (índice de masa corporal) con peso y estatura, para posteriormente saber resultados obtenidos que puedan colaborar con el buen crecimiento y desarrollo.

Confirmo que he leído y entendido todo lo anterior.

Fecha: _____

Nombre de Alumno _____

RUT _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____

.....

Nombre Apoderado Firma del Apoderado

8.5 CURVA TE Y PE EN NIÑOS DE 2-20 AÑOS

FIGURA 2

