

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA
OBESIDAD INFANTIL NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL CAP III
METROPOLITANO ESSALUD HUANUCO - 2017

Tesis presentada por las Enfermeras:

ESCANDON MORALES, DENISSE BEATRIZ

MEDRANO MARTINEZ, MILAGROS FATIMA

Para obtener el Título Profesional de la Segunda
Especialidad en Enfermería: Crecimiento y Desarrollo

Asesora: Dra. Gloria Ludgarda Angles Machicao

AREQUIPA – PERÚ

2019

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
B. OBJETIVOS	13
C. HIPÓTESIS	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	15
B. BASE TEÓRICA	18
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	29
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	29
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	31
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	32
B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	33
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
B. DISCUSIÓN	59
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	63
B. RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	42
TABLA 02 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	44
TABLA 03 PORCENTAJE DE LA EDAD DE LOS NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS, DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL. CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO – 2017	46
TABLA 04 PORCENTAJE DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS, DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL, USUARIOS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	47
TABLA 05 DESCRIPCIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD, SEGÚN GRUPOS Y MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO – 2017	49
TABLA 06 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN GRUPOS Y MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD HUÁNUCO – 2017	51

TABLA 07	DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN GRUPOS Y MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	53
TABLA 08	TIPO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN GRUPOS MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	55
TABLA 09	DIFERENCIA DE TASAS DE LA OBESIDAD, EN LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	56
TABLA 10	PRUEBA t DE STUDENT PAREADO DE COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES DEL CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL, DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	57
TABLA 11	PRUEBA t DE STUDENT PAREADO DE COMPARACIÓN DE MEDIAS DE PUNTUACIONES DE LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017	58

RESUMEN

El estudio titulado “Intervención de enfermería para la prevención de la obesidad infantil de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco-2017, tuvo como objetivo demostrar que la intervención de enfermería basada en la educación para la salud, previene la obesidad infantil, incrementando el conocimiento y las prácticas de cuidado en sus respectivas madres.

La población lo conformaron 30 madres y sus respectivos niños. Fue una investigación cuantitativa, de nivel aplicativo, tipo cuasi experimental, (pre y pos-test), prospectivo, con dos grupos: experimental y control. Previo consentimiento informado, se aplicó la intervención a las madres del grupo experimental, consistente en 4 sesiones educativas sobre conocimiento y práctica de prevención de la obesidad. Los instrumentos de investigación fueron el formulario. Se realizó un análisis descriptivo y el inferencial mediante la t de Student apoyados en el SPSS V. 24.

Los resultados muestran en el grupo experimental, durante el post test, incremento en el conocimiento de la prevención de la obesidad, ubicándose en el nivel bueno en: aspectos básicos, alimentación saludable, lonchera saludable y actividad física 80%; 77,0%; 67,0% y 70,0% respectivamente; mientras que el grupo control, los incrementos fueron mínimos, manteniéndose en el nivel regular 80%; 90%; 73,0%. y 63% respectivamente]. En las prácticas de prevención de la obesidad, el grupo experimental, durante el pos test evidenció 60,0% del tipo adecuado; y el grupo control, alcanzó 23,0% de prácticas adecuadas. Se concluye que la intervención de enfermería mejora el conocimiento y las prácticas de las madres, pues previenen la obesidad de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD, Huánuco-2017.

Palabras clave. Prevención de obesidad infantil, intervención de enfermería, educación para la salud, conocimiento y prácticas de prevención.

ABSTRACT

The study entitled "Nursing intervention for the prevention of childhood obesity in the knowledge and practice of mothers of children aged 5 to 11 years of CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco-2017, aimed to demonstrate that the nursing intervention based on the education for health, prevents childhood obesity, increasing knowledge and practices in their respective mothers. The population was made up of 30 mothers and their children. It was a quantitative research, of application level, quasi-experimental, longitudinal (pre and post-test), prospective and with two groups: experimental and control. After informed consent, the intervention was applied to the mothers of the experimental group, consisting of 4 educational sessions on knowledge and practice of obesity prevention. The research instruments were the knowledge and practice questionnaire and the general characteristics survey. A descriptive and inferential analysis was carried out using Student's *t* de Student supported by the SPSS V. 24.

The results show in the experimental group, during the post test, increases in the knowledge of the prevention of obesity, being located at the good level in the: basic aspects, healthy eating of the child, healthy lunch box and physical activity [reaching 80% (24); 77.0% (23); 67.0% (20) and 70.0% (21) respectively]; whereas in the control group, the increments were minimal, remaining at the regular level [80% (24); 90% (27); 73.0% (22). and 63% (19) respectively]. In the practices of prevention of obesity, the experimental group during the post test showed 60.0% (18) of the appropriate type; and the control group 23.0% (7) of suitable practices. It is concluded that the nursing intervention improves the knowledge and practices of the mothers, with what is prevented the obesity of children from 5 to 11 years of the CAP III Metropolitano EsSALUD, Huánuco-2017.

Keywords: Prevention of childhood obesity, nursing intervention, health education, knowledge and prevention practices.

INTRODUCCIÓN

La intervención de enfermería fue aplicada según el enfoque de la educación para la salud, se trata de, es una estrategia de prevención de la obesidad, dado su eficacia, demostrado por Martínez (1), al señalar que la prevención disminuye y evita los problemas de salud, sobre todo de aquellos que se encuentra en la edad adulta. La educación, la prevención y la promoción de la salud, conllevan a una vida saludable. Si bien, el sobrepeso y la obesidad en las últimas décadas se han incrementado mayormente en niños, sus respuestas son escasas que mantienen vigente el problema. El incremento de la obesidad está asociado tanto a la disminución del gasto energético como al aumento de la ingesta calórica, sin desconocer las interrelaciones entre lo biológico y lo sociocultural (2), que según Martínez (3) inciden de manera considerable en la morbilidad y mortalidad en países desarrollados.

Según la OMS la obesidad casi se duplicó entre 1980 y el 2008 en todo el mundo. En comparación con otras regiones en Américas la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es más alta (62% para el sobrepeso en ambos sexos y 26% para obesidad en la población adulta de más de 20 años). (4)

La investigación desarrollada que titula “Intervención de enfermería para la prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano ESSALUD Huánuco-2017”, tiene el propósito de incrementar el conocimiento y práctica de las madres en el grupo experimental a fin de prevenir la obesidad infantil y mejorar la calidad de vida.

La intervención se apoyó en el modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender, quien expone roles importantes de las enfermeras en ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades mediante el cuidado propio y las decisiones inteligentes, que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. (5) Como en este caso que para prevenir la obesidad las madres deben conocer y practicar sobre conocimientos básicos, alimentación saludable del niño, lonchera saludable y actividad física en niños.

Al CAP III Metropolitano ESSALUD de Huánuco acuden madres con niños de 5 a 11 años que presentan sobrepeso y obesidad asociado a diferentes problemas de salud. Tales niños practican inadecuados estilos de vida, como alimentación no saludable, falta de actividad física y ejercicios. Esto porque sus padres o cuidadores desconocen sobre la prevención del sobrepeso y obesidad en este grupo de niños en riesgo.

La investigación se realizó a fin de demostrar que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del grupo experimental a quienes, posterior a la evaluación, se les brindó la intervención en forma

periódica, acerca de la prevención de la obesidad consistente en 4 sesiones programadas. Comprobándose la efectividad de la intervención de enfermería en materia de prevención. Este trabajo de investigación es de tipo Cuasi experimental, Cuyo diseño es antes y después con dos grupos: experimental, al cual se les aplicó la intervención de enfermería y el grupo control a quienes no se les realizó ninguna intervención, continuaban sus conductas habituales.

Después de la intervención se pudo demostrar que las madres del grupo experimental incrementaron sus conocimientos y mejoraron las prácticas de prevención de la obesidad.

Finalmente, se afirma que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento y prácticas de las madres de niños de 5 a 11 años usuarias del CAP III Metropolitano Es SALUD Huánuco-2017. Se recomienda que el personal de enfermería debe desarrollar de manera sostenida intervenciones con enfoque de promoción de la salud y basada en la educación para la salud sobre el desarrollo de conocimientos de la prevención de la obesidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La obesidad infantil es la enfermedad metabólica multifactorial de mayor prevalencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como una enfermedad crónica que se ha convertido en una epidemia en algunas áreas, con una cifra mundial estimada de 17,6% en niños menores de cinco años. También considera como una epidemia nutricional de siglo XXI. Ya que las causas de esta epidemia son multifactoriales, incluyendo causas genéticas y ambientales, en general admiten que el exceso de grasa corporal define la misma que se debe fundamentalmente a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. (6)

A pesar de que el concepto de obesidad está claro, su diagnóstico adecuado continúa siendo fuente de discusión. Por tanto, para su diagnóstico se precisa un marcador o determinación de la somatometría que mida adecuadamente y sea accesible. La determinación de la grasa corporal total a pesar de su imperfección, el índice de masa corporal (IMC) ha sido adoptada como el mejor método para definir sobrepeso y obesidad (7), y principalmente como un indicador a largo plazo (8), podrá prevenir el riesgo cardiovascular, la diabetes mellitus tipo 2, la esteatosis hepática (litiasis vesicular) y afectaciones pulmonares. (9)

Las aportaciones de Nola Pender ponen en evidencia la posibilidad de contribuir en la prevención de la obesidad que es uno de los principales problemas de salud que requiere cambios en los estilos de vida de los niños para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población enferma manteniendo un estado de salud óptimo. La prevención de la obesidad es una estrategia prioritaria de salud pública que debe comenzar desde la infancia y que requiere la participación y comprometida de los pediatras junto con otros sectores. Cuanto más temprano sea su inicio los beneficios a corto, medio y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos. (11)

Entorno a ello, De la fuente, Cervera, demostraron que las intervenciones de prevención primaria de la obesidad han demostrado influir en el cambio de estilos de vida de los niños, e incluso en algunas ocasiones han demostrado ser capaces de reducir el IMC. (12)

En la misma línea Carranza en una revisión de la literatura evidenció que antes de la aplicación de la estrategia educativa el 83.33% de las madres tenían un nivel de conocimiento deficientes sobre el manejo de la obesidad, después de la aplicación de la estrategia educativa a las madres observó el incremento del nivel de conocimiento bueno a 83.33% sobre el manejo de la obesidad, y solo el 16.6% tenía un nivel de conocimiento regular. Por lo tanto, la Estrategia Educativa “Vive Sano, Come Sano y Muévete”, es efectiva. (10)

De otro lado, la intervención de enfermería con el apoyo educativo es relevante para el aprendizaje de la madre sobre la prevención de la obesidad de niños de 5 a 11 años, pues, la educación para la salud es pertinente para tal propuesta. Del mismo modo propicia la adopción de estilos de vida saludable, que para fines de la presente investigación la educación para la salud está basada en un enfoque preventivo para tratar el problema, basada en las evidencias, como las mostradas por De la fuente, Cervera, señalando que las intervenciones, se centran en mejorar los estilos de vida a nivel individual, tratando de modificar principalmente la alimentación, la actividad física, así como el tiempo empleado frente a las pantallas. Es evidente la necesidad de intervenir de forma precoz, ya que, la prevención primaria es la base de la atención sanitaria. (12)

Para el éxito de la intervención educativa, la madre debe mostrar el deseo de cooperar con la enfermera en la prevención de la obesidad, para ello, deberá adquirir conocimientos sobre la alimentación infantil y los ponga en práctica. (13)

En el CAP III Metropolitano ESSALUD de Huánuco se ha estimado que más de la mitad de los niños de 5 a 11 años que asisten a la consulta externa presentan sobrepeso y obesidad el que está asociado a diversos factores, siendo uno de ellos, las practicas inadecuadas en los estilos de vida, como la alimentación no saludable, falta de actividad física, ejercicios y desconocimiento de la prevención de la obesidad, la falta de prevención de la obesidad constituye un serio problema de salud que genera en disminución de la esperanza de vida, afectando los aspectos económicos como por ejemplo el retiro prematuro del mercado de trabajo y su consecuente impacto económico y social en cuanto a las consecuencias en la educación, la obesidad infantil y adolescente, incrementa las tasas de ausentismo en las escuelas, discriminación entre compañeros y menor rendimiento escolar. (14)

En razón a esto, se vio la necesidad de aplicar una intervención de enfermería que aporte elementos para la prevención de la obesidad infantil

incrementando el conocimiento y la práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano de EsSALUD en Huánuco durante el 2017, el cual está basada en la teoría de promoción para la salud de Pender, que concibe la importante participación de la enfermera en la educación para la salud, a través de planes, estrategias y técnicas, apropiadas y oportunas para la población objetivo que previenen enfermedades, mejoran comportamientos humanos relacionados con la salud, orientan hacia la generación de conductas saludables. La prevención ilustra la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, donde se identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características, personales e interpersonales, dando como resultado la participación de conductas favorecedoras de salud. (5) Esto se logra a través de la educación para la salud.

Con la información dada se planteó la siguiente interrogante

¿La intervención de enfermería previene la obesidad infantil de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco – 2017?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Demostrar que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco-2017.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1. Caracterizar la población en estudio según aspectos demográficos y sociales: edad del niño y de la madre, estado civil, religión; grado de instrucción y ocupación.

- 2.2. Comparar la prevalencia de obesidad en la población en estudio.
- 2.3. Aplicar la intervención de enfermería al grupo de estudio.
- 2.4. Comparar entre los grupos de estudio la prevención de la obesidad durante el pre y la post intervención de enfermería.

C. HIPÓTESIS

La intervención de enfermería previene la obesidad infantil de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano Es SALUD Huánuco-2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

LIZARDO A., DÍAZ A. (2011) Honduras. Examinaron que la interacción entre factores genéticos y ambientales determina el desarrollo de obesidad en cada individuo. Es por esto que es necesario efectuar alteraciones en el estilo de vida y en el comportamiento a nivel individual y familiar para enfrentar los riesgos. Concluyeron que es importante el rol del personal de salud en la identificación y el manejo inicial de esta enfermedad, tanto en la educación del paciente y su familia en referencia a estilos de vida saludable como en prevención y manejo de las complicaciones. (15).

BONILLA C., HÍJAR G., MÁRQUEZ D., ARAMBURÚ A., APARCO J. Y GUTIÉRREZ E. (2017) Lima. Explicaron la efectividad de las

intervenciones dirigidas a prevenir obesidad en los preescolares que incluyen componentes de actividad física y nutrición con la participación activa a los padres que resultó de alta calidad y muy efectivo para prevenir la obesidad. Concluyeron que todas estas intervenciones se realizaron activamente y pueden ser replicadas mediante una adecuada contextualización. (16).

BÁEZ Y ROMERO. (2017) México, evidenciaron en los escolares un aumento significativo en el consumo de pescado, frutas, verduras y una disminución en bebidas con azúcar y comidas preparadas (pizza, papas fritas, hamburguesas, etc.) y en los padres un incremento significativo positivo en la disminución del consumo de leche entera, mantequilla e incremento de consumo de verduras; concluyeron que es viable obtener de los hábitos alimentarios saludables en los escolares (17).

GALLEGO A. y MARTÍN C. (2018) Madrid - España. Desarrollaron protocolos de abordaje de la obesidad infantil en el ámbito escolar, orientados a la instauración de hábitos alimentarios y de estilo de vida que contribuyeron a disminuir la incidencia de este problema de salud. (18).

GARCÍA A. (2017), la investigación realizada sobre el efecto de Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimiento sobre la prevención de obesidad infantil en padres de niños de 3 a 5 años en la I.E.I “007 María Auxiliadora”, Independencia, Lima – Perú 2017, (19).

SÁNCHEZ GUEVARA S.M. (2012) Lima - Perú, en la investigación desarrollada observaron antes de aplicar la Intervención Educativa el promedio de conocimiento fue de 9,57% y la práctica fue de 49,97%, dichos resultados variaron después de la Intervención Educativa logrando un promedio de 14,30% de conocimiento y 61,11% de práctica, concluyeron que la aplicación de una Intervención Educativa fue efectiva en las madres de niños preescolares (20).

QUISPE (2015) Lima – Perú, evidenciaron que son los padres en su

mayor parte los que no conocen sobre las medidas de prevención de la obesidad en relación con la alimentación y la actividad física" saludables. (28).

PRESTON EC, ARIANA P, PENNY ME, FROST M, PLUGGE E. (2015) Lima – Perú. Evidenciaron prevalencias de sobrepeso y obesidad de 19.2% y 8.6%, respectivamente. 32.0% y 23.5% entre hombres y mujeres, respectivamente. Nivel socioeconómico alto, vivir en Lima, tener una madre con sobrepeso u obesidad, ser varón y ser hijo único o tener solo un hermano se asociaron con el sobrepeso y la obesidad a esta edad. Concluyeron que existe una alta prevalencia de sobrepeso infantil y materno y obesidad en el Perú. (21).

ÁLVAREZ, SÁNCHEZ, GÓMEZ Y TARQUI (2012). Calcularon estadísticas descriptivas y regresión logística con intervalo de confianza de 95%. Evidenció que el sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes (62,3%) y menor en los niños <5 años (8,2%). Concluyeron que el sobrepeso y la obesidad es un problema de salud pública en el Perú. No ser pobre y vivir en el área urbana son determinantes sociales del exceso de peso en población peruana (22)).

ARÉVALO K; ÁLVAREZ R; MORI M. (2017) Iquitos - Perú. Evidenciaron el nivel de conocimiento sobre obesidad infantil un 87.4% de madres de escolares evidenciaron conocimiento bajo y nivel de conocimiento alto un 12.6%. Respecto a la percepción de riesgo que tienen las madres de que sus niños escolares sufran obesidad infantil, el 54.7% percibieron riesgo bajo y el 45.3% presentaron percepción de riesgo alto de enfermar de obesidad. Concluyeron que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo de enfermar de obesidad infantil. (23).

HERNÁNDEZ A, BENDEZÚ G, SANTERO D. (2016) Lima - Perú. Evidenciaron una prevalencia de obesidad del 1,52% (niñas: 1,3% y niños: 1,7%). Se observaron las mayores prevalencias en las zonas

urbanas (niñas: 1,5% y niños: 1,9%) y en la región costera (niñas: 1,9% y niños: 2,5%). Las prevalencias más altas se encontraron en Tacna (niñas: 3,2% y niños: 3,9%), Moquegua (niñas: 2,4% y niños: 3,1%) y Callao (niñas: 2,3% y niños: 2,8%). Concluyeron que la obesidad infantil predomina en la costa y áreas urbanas del Perú, especialmente entre los niños. Las regiones con mayor prevalencia son Tacna, Moquegua y Callao. (24)

DEL ÁGUILA C. (2017) Lima - Perú, mostró la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes que constituyen un problema de salud pública emergente en el Perú, por lo que es necesario conocer los diversos factores de riesgo para establecer medidas de prevención oportunas y eficientes, las cuales deben formar parte de las estrategias de salud, como propiciar la actividad física y una alimentación saludable, para asegurar que la población infantil llegue a la adultez sin enfermedades crónicas y con una adecuada calidad de vida. (25)

B. BASE TEÓRICA

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Las estrategias para la prevención primaria se relacionan con consejos dirigidos a toda la población que se resumen en: intervención prenatal sobre factores relacionados con el peso elevado al momento del nacimiento, se debe respetar el apetito de los niños y no forzar la alimentación, dieta equilibrada como el consumo adecuado de grasas, frutas y verduras, practicar la actividad física regular, reducir las actividades sedentarias, incentivar a toda la familia en las actividades en los padres como modelos de sus descendientes y tener en cuentas las posibles influencias del entorno y las características culturales y sociales de la familia al realizar las recomendaciones. (26)

CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

En diversas investigaciones se han estudiado sobre el nivel de conocimiento que presentan tanto los padres como los niños, donde se analizaron la obesidad como problema de salud pública que ha sido denominada la “Epidemia del siglo XXI”. Por ello Fernández, halló que la mayor proporción de madres encuestadas tienen niveles de conocimiento medio sobre prevención de obesidad infantil. (27)

Hablar hoy de prevención de la obesidad infantil, obesidad del adolescente u obesidad infantojuvenil es necesario, primero, porque está considerada la enfermedad crónica más predominante en la infancia y la adolescencia en los países occidentales, y en segundo lugar, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo Internacional de Trabajo para la Obesidad (IOTF, Internacional Obesity Task Force) declararon que la obesidad constituye la epidemia del siglo XXI, por la gran intensidad con la que su incidencia y prevalencia se está desarrollando a lo largo de la última década, por su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. (28)

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad son comprendidas como una acumulación anormal o excesiva de grasa, siendo nocivo para la salud puesto que su presencia conduce a un incremento en el riesgo presente y futuro de la aparición de patologías asociadas. (29)

Este concepto forma una mayor complejidad en el periodo infanto-juvenil, puesto que al haber un retraso en la aparición de las comorbilidades hasta la vida adulta, dificulta una definición precisa de obesidad en función de los riesgos futuros (30)

SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Cassell (33), menciona que históricamente el peso ha tenido varias connotaciones, cambiando según los parámetros culturales de belleza y posición social: desde la referencia con deidades en la mitología y la

belleza curvilínea y su relación con la opulencia en la Europa Medieval y Renacentista hasta los patrones casi anoréxicos de la moda actual que generan, tanto en padres como en niños y adolescentes, la disyuntiva acerca de cuál debe ser el peso ideal, lo que evidencia que la obesidad ha sido asociada por mucho tiempo y aún hoy con aspectos estéticos más que de salud; relacionándose, por ejemplo, con el atractivo físico, la fuerza y la fertilidad. Afortunadamente, dicha concepción ha evolucionado y actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la obesidad como “la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo”. Desde hace dos décadas, la comunidad científica ha advertido que el problema se incrementa en todo el mundo. Los estudios evidencian que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgos de desarrollar enfermedades del corazón, arterioesclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de las que nos imaginamos. (31)

En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud la define como una acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud. Mataix, señala que ésta surge como una consecuencia de un ingreso calórico que es superior al gasto energético del individuo. Entonces, la obesidad no está definida a partir de la ganancia de peso, sino a través del tamaño de uno de sus componentes: el tejido adiposo. Y se considera que un individuo tiene un exceso de grasa cuando ésta es un riesgo sobreañadido para la salud. (32)

Por su parte Takashi y Toshimasa nos dicen que el entendimiento de la fisiopatología de la obesidad identificando el adipocito como órgano endocrino, ha permitido identificarla como enfermedad inflamatoria y su interacción con otras enfermedades de este tipo como el asma y el eczema, con las cuales comparte hoy día su frecuencia estadística; que se convierte en alarmante, se tiene en cuenta que la obesidad es una de las principales causas de morbimortalidad. Cuando estos trastornos aparecen en la edad pediátrica, el impacto es mayor, porque es una población más vulnerable que además tiene la responsabilidad de hábitos

y costumbres sobre generaciones futuras. (33)

PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

Según estudios de Lobtein, en los últimos años se ha dado un aumento en la prevalencia de la obesidad y del sobrepeso en la infancia y la adolescencia, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, pero a diferentes velocidades y patrones. Por ejemplo, Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos presentan altas tasas de prevalencia de sobrepeso y año a año incrementan rápidamente esos niveles, siendo estas diferentes, y para cada lugar durante las últimas dos décadas Estados Unidos y Brasil han incrementado hasta aproximadamente 0,5%, y Canadá, Australia y Reino Unido hasta cerca del 1% anual. (34)

A pesar de la alta prevalencia de la obesidad en la población infantil, Monroy, señaló que fue sólo hace poco más de 30 años que ha sido considerado un problema de salud pública de orden mundial y en rápido ascenso. Datos importantes revelan que, en Europa, el problema es tan grave que en los últimos 10 años el número de niños con sobrepeso se ha incrementado por lo menos en 400 000 habitantes cada año de los cuales 85 000 son obesos. Es importante destacar que la obesidad existe junto con problemas opuestos como la desnutrición en países como Brasil y México, en donde la obesidad ha dejado de ser un problema de clases económicas relativamente altas para pasar a ser un indicador de pobreza, tal y como sucede en los países desarrollados. (35)

CAUSAS DE OBESIDAD EN LA INFANCIA

Sorlí, señala que la etiología de la obesidad es multifactorial, están implicados tanto factores ambientales como genéticos. Entre los factores ambientales se incluyen los del ambiente físico, económico y sociocultural que llevan a un superávit calórico, como consecuencia de la disminución de la actividad física y el aumento del ingreso calórico. Y en relación con la contribución genética en el desarrollo de la obesidad en general se

deduce que se debe a una predisposición poligénica que incluiría genes que interaccionarían con los cambios nutricionales y con los del estilo de vida. (36)

Según los reportes de Mataix S., et al, la etiología exclusivamente genética (monogénica) es rara y afecta a menos del 5% de las obesidades infantiles. Se relaciona con las mutaciones en los genes que intervienen en los mecanismos endógenos de control del peso, como el gen de la leptina o de su receptor, genes de la vía de síntesis y actuación de la melanocortina, etc.; y la mayoría de los cuadros clínicos se asocian a una herencia poligénica que facilitan a la que se unen factores ambientales desencadenantes. Se estima que el riesgo de la obesidad en la infancia fluctúa en el 10% si los padres presentan normopeso, de alrededor del 50% si uno de ellos es obeso y de hasta el 80% cuando ambos presentan obesidad. (32)

En los últimos años, Cabezas, expresó sobre el gran avance en el establecimiento del mapa genético de la obesidad humana, en donde se muestra que existen más de 450 genes, biomarcadores y regiones cromosómicas que se asocian con fenotipos de la misma. Lo que no está suficientemente claro es cómo las alteraciones genéticas afectan a la ingesta alimentaria o al gasto energético. (37), pues confirman que en la actualidad el alto consumo de productos que cuentan con una alta densidad energética y elevado contenido de grasas, como el azúcar o la sal, contribuyen en forma importante a la ingesta energética total y a la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, y este consumo está relacionado con el aumento del tamaño de la ración alimentaria, la gran apetibilidad de estos productos, la propaganda alimentaria, la fabricación de este tipo de alimentos por la industria y los hábitos alimentarios adquiridos, sobretodo en la infancia, en donde se establecen preferencias y rechazos alimentarios. (32)

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD EN LA INFANCIA

La morbilidad psicológica es tal vez una de las más grandes consecuencias a corto plazo de mayor impacto en los niños y adolescentes obesos. Una revisión sistemática realizada por Dietz, concluyó que los niños obesos fueron más propensos a la aparición de problemas psicológicos y psiquiátricos como la baja autoestima y la disconformidad corporal. (38)

Otra consecuencia a corto plazo señalan Reilly, Methven, McDowell, Hacking, Alexander, es la presencia de factores de riesgo cardiovasculares; numerosos estudios de alta calidad metodológica han demostrado una consistente asociación entre el exceso de peso en los niños y la presencia de factores de riesgo tales como hipertensión arterial, dislipemias, anomalías en la masa ventricular izquierda, hiperinsulinemia y/o resistencia a la insulina (39).

Por otro lado Cruz y Goran, manifiestan que la obesidad, lejos de ser solo un problema que puede ser estético o psicológico para el adolescente, ha demostrado muy serias implicaciones metabólicas patentes en la infancia y con severas complicaciones en la adultez, se ha descrito el síndrome metabólico en pediatría, de tal manera que su diagnóstico y tratamiento se convierte en el pilar en la prevención de mortalidad a mediano plazo. (40)

Como explican. De Ferranti, et al, el síndrome metabólico es la más importante complicación de la obesidad en pediatría, en la actualidad, por ser el predictor fundamental de las complicaciones en la vida adulta. (41)

Según Maffeis, Banzato y Talamini, se han tratado de identificar los factores que podrían predecir el síndrome metabólico y se observa, en la actualidad, especial interés en la correlación de la circunferencia de la cintura con la talla. Los valores superiores a 0,48 en niñas y 0,50 en niños están correlacionados con sobrepeso y pueden ser predictores de

dislipidemia, hipertensión y diabetes, por lo cual es otro punto antropométrico para tener en cuenta como parte de la evaluación del niño obeso (42).

FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD EN NIÑOS

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 nutrido. (7)

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.

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. (32)

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. (5)

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. (3)

Factores familiares

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

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. (7)

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. (43)

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 (44)

EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Siempre ha sido vital realizar una extensa historia clínica en la que se resaltan los siguientes aspectos:

- Curso de la gestación: complicaciones maternas y fetales, ganancia total de peso de la madre y/o aparición de diabetes gestacional. Peso y talla al nacer. Se prestará especial atención a los niños pequeños para edad gestacional o macrosómicos por los fenómenos de programación intrauterina.
- Historia familiar de obesidad, y/o síndrome metabólico y síndrome de ovario poliquístico.
- Hábitos saludables: ejercicio, patrón de sueño, grado de actividad metabólica.
- Hábitos de riesgo: sedentarismo, tiempo dedicado a la televisión y videojuegos. Alimentación escolar.
- Examen físico completo:
 - Peso-talla-IMC, circunferencia de la cintura, relación cintura-talla.
 - Frecuencia cardíaca-tensión arterial.
 - Presencia de acantosis nigricans.
 - Tiromegalia.
 - Características fenotípicas o antropométricas especiales.
 - Estado de desarrollo puberal, etc.
- Revisión por sistemas:
 - Historia de estreñimiento, piel seca, caída del cabello o algún dato de disfunción endocrina.

- Irregularidades menstruales, acné, hiperandrogenismo.
- Tiempo en el que se ha dado la ganancia ponderal.

Por ello Pinzón nos advierte que una vez realizada la historia clínica; con los equipos antropométricos se debe evaluar la posibilidad de diagnósticos diferenciales y si no los hubiera, la de compromiso metabólico secundario a la obesidad. Se solicitarán los estudios confirmatorios y se iniciará el manejo interdisciplinario, enfatizando al paciente y su familia la necesidad del compromiso y modificación de hábitos para todo el grupo con el fin de garantizar el éxito y prevención de complicaciones o reversión de las mismas si ya las hubiere. (45)

EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Malina, indica que la estimación de la obesidad a partir del índice de masa corporal (IMC) es un hecho aceptado, tanto a nivel clínico como epidemiológico en niños y adolescentes; pues es considerado como la relación entre el peso corporal en kilogramos sobre la altura en metros al cuadrado (46). Este índice presenta una buena fiabilidad y validez (el índice de correlación entre IMC y grasa total corporal medida por DEXA es $r=0.85$), sin embargo Pietrobelli, concluye que su principal limitación es su baja especificidad (36-66%), ya que no distingue en qué compartimento se acumula la grasa (47). Y en la infancia es más complicado valorar el IMC, porque los niños están en un proceso de crecimiento y desarrollo y tanto el peso como la talla están aumentando, lo que determina grandes diferencias interindividuales en las tasas de acumulación de grasa, que varían con la edad, sexo, raza y sobre todo con el momento de inicio de la pubertad.

Por su parte el Nacional Institute for Clinical Excellence (NICE), ha considerado el IMC como una aceptable y práctica estimación de adiposidad general en niños. Esta institución Británica reconoce la existencia de distintas gráficas de crecimiento nacionales e internacionales basadas en el IMC, así

como distintas propuestas de puntos de corte para sobrepeso y obesidad y recomienda que el uso de gráficas de crecimiento que se adapten mejor a una situación dinámica como es el crecimiento infantil. Actualmente, existen numerosos países que presentan sus propias gráficas de clasificación del IMC y dos referencias internacionales mayormente usadas en estudios epidemiológicos que posibilitan la “comparabilidad” entre áreas de diferentes regiones y etnias. La OMS publicó las gráficas de referencia del IMC en el año 2006 para la población menor de 5 años elaboradas en un estudio multicéntrico realizado en países y etnias representativas de toda la población mundial (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán, EEUU), luego mediante técnicas estadísticas fusionaron estos datos con las gráficas previas de la OMS/NCHS que habían sido elaboradas en el año 1991 a partir de los resultados obtenidos en la encuesta nacional de salud y nutrición norteamericana, “National Health and Nutrition Survey” (NHANES) y desarrollaron las gráficas para la población de 5 a 19 años. Todavía pocos estudios publicados utilizan estas gráficas como criterio diagnóstico (48).

MODELO DE ABORDAJE PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD

La Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye como una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en especial por la población vulnerable (niños/ancianos), por lo que se busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud. (49)

INTERVENCION DE ENFERMERÍA

La intervención de enfermería, es un conjunto de actividades planificadas consideradas como estrategias de enseñanza aprendizaje seleccionados

y organizados por el profesional de enfermería para facilitar el aprendizaje de los participantes (50).

C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

1. VARIABLE INDEPENDIENTE (VI)

Intervención de enfermería.

2. VARIABLE DEPENDIENTE (VD)

Prevención de obesidad infantil

3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

- Edad.
- Grado de instrucción.
- Número de hijos.
- Ocupación.

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. OBESIDAD

Es 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.

2. ETAPA INFANTIL

Es el período de la vida humana que comienza con el nacimiento y finaliza hacia la pubertad.

3. LA OBESIDAD INFANTIL

Es una enfermedad grave que afecta a niños. Se da cuando el niño está muy por encima del peso normal para su altura y edad.

4. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Son actividades o acciones que realiza el profesional de Enfermería, encaminadas a facilitar el aprendizaje de los participantes en materia del cuidado y/o autocuidado de la salud.

5. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables.

6. PREVENCIÓN

Es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).

7. ACTIVIDAD FÍSICA

Es cualquier movimiento voluntario producido por la contracción del músculo esquelético, que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal. La actividad física puede ser clasificada de varias maneras, incluyendo tipo aeróbica y para mejorar la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio, intensidad ligera, moderada y vigorosa, y propósito recreativo y disciplinario.

8. ALIMENTACIÓN

Es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrientes que necesita, así como las

satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.

E. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

El estudio cuyo objetivo fue demostrar que la intervención de enfermería, previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años, será de gran aporte para cubrir algunos vacíos del conocimiento y de alcance para las futuras investigaciones en torno al tema.

2. LIMITACIONES

Disponibilidad de tiempo de la madre al momento de ejecutar las intervenciones de enfermería que fue supera cubriendo sesiones programadas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo cuasi experimental con diseño pre test y post test con dos grupos.

PROCEDIMIENTO

1. Se eligió como ámbito de investigación el CAP III METROPOLITANO ESSALUD, para lo cual se solicitó el permiso y autorización para realizar la investigación, al responsable de dicho nosocomio.
2. Se preparó la logística para el desarrollo del estudio.
3. Se presentó una solicitud dirigido al jefe del establecimiento para la

autorización de la ejecución del proyecto.

4. Se aplicó el consentimiento informado a las madres para la participación en el estudio.
5. Se aplicó los instrumentos de medición para el recojo de información.
6. Se realizó las medidas antropométricas en los niños menores de 5 a 11 años para la evaluación del IMC
7. Se ejecutó la intervención de enfermería en el grupo experimental.
8. Se evaluó a las madres mediante un post test terminada la intervención.
9. Se elaboró una base de los datos donde se vaciará la información recolectada al programa estadístico SPSS V. 24.para su posterior análisis e interpretación.
10. Se procesaron y analizaron los datos obtenidos después de la intervención.
11. Se presentaron las tablas estadísticas con los resultados y se interpretaron y discutieron, confrontando con otros estudios similares y con la base teórica disponible, luego se plantearon las conclusiones y respectivas recomendaciones.
12. Finalmente, se redactó y presentó el informe final.

B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

En la actualidad se está teniendo cifras alarmante de sobrepeso en la etapa infantil, determinando que dicha población tendrá diversos tipos de patologías en su desarrollo lo que generara altos costos para la familia, al estado porque sus instalaciones tendrá a niños con procesos crónicos

que deben asistir a las instituciones de salud, a la misma población estudiantil que tendrán dificultades en el ámbito escolar y social al ser objeto de diversos tipos de violencia que van deteriorando su esfera psicológica.

Por esta razón se debe prevenir estos daños en etapas tempranas favoreciendo su calidad de vida a una población que es el futuro del país.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 235 madres de niños de 5 – 11 años que acuden a la consulta externa del CAP III Metropolitano ESSALUD, Huánuco.

Criterio de inclusión

- Madres de niños menores de 5 a 11 años que asisten a recibir atención en el CAP III Metropolitano ESSALUD Huánuco.
- Madres que acepten participar en la investigación firmando el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- Madres que presenten algún problema de salud.
- Madres que no firmen el consentimiento informado.

2. MUESTRA

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante fórmula.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

$N = 235$.

$Z\alpha = 1.96$ para un valor nivel error $\alpha = 0.05$ (5%).

$Z\beta = 0.842$ para un valor nivel error $\beta = 0.20$ (25%).

$p1 = 82,75\%$ de eficacia de la intervención de enfermería.

$q1 = 17.25\%$ ($1-p1$).

$p2 = 50,7\%$ de eficacia de los cuidados habituales.

$q2 = 49,3\%$ ($1-p2$).

La muestra estuvo conformado por 60 madres de niños menores de 5 a 11 años (30 grupo experimental y 30 grupo control), la cual se obtienen mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia.

D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el desarrollo de la presente investigación se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario, tal como se detalla a continuación:

- **Cuestionario de conocimientos y prácticas de prevención de la obesidad.** (Anexo 04 y 05)

El cuestionario, el cual fue elaborado basado en la propuesta de Sánchez (54), de acuerdo con el marco teórico y a la Intervención Educativa a desarrollar.

El instrumento contiene los temas sobre la prevención de la obesidad infantil, estableciendo una comunicación bidireccional y respetando la individualidad de la persona, haciendo uso de un lenguaje sencillo de tal manera que las madres puedan responder sin problemas a las preguntas del instrumento de

evaluación. Dicho instrumento fue sometido a la validez de 10 jueces expertos en el área, cuyos aportes sirvieron para mejorar el instrumento que luego fue analizada por la prueba binomial siendo el resultado el valor $p < 0,05$ y para la confiabilidad se realizó una prueba piloto en una población similar a la del estudio, cuyos resultados fueron evaluados por la fórmula 20 de Kuder Richardson ($F20 > 0,70$) para el test de conocimiento y el Alfa de Cronbach ($\alpha > 0,70$) para el test de práctica, dando como resultado en ambos 0,7 afirmando que la confiabilidad es aceptable.

El cuestionario consta de 16 preguntas de conocimientos para la prevención de la obesidad infantil, más 16 preguntas de prácticas, las cuales fueron valoradas de la siguiente manera: valoración general: 18 – 26 = bueno, 9-17 =regular, ≤ 8 = deficiente, valoración parcial, conocimientos básicos de la obesidad, 6 – 7 = bueno, 4 - 5 =regular, ≤ 3 = deficiente, conocimientos sobre alimentación saludable del niño, 9 – 11 = bueno, 5 - 8 =regular, ≤ 4 = deficiente, conocimientos sobre la lonchera saludable, 4 = bueno, 3 =regular, ≤ 2 = deficiente, conocimientos sobre actividad física, 4 = bueno, 3 =regular, ≤ 2 = deficiente.

Y la valoración de las practicas saludables fueron: valoración general: 15 – 17 = adecuadas, ≤ 16 = inadecuadas, valoración parcial, prácticas de alimentación saludable del niño, 8 – 9 = adecuadas, ≤ 7 = inadecuadas, administración de lonchera saludable, 3– 4 = adecuadas, ≤ 2 = inadecuadas, orientación de realización de actividad física, 3– 4 = adecuadas, ≤ 2 = inadecuadas.

- **Intervención de enfermería Programa Educativo “Juntos Contra Un Gordo Problema” (Anexo 6)**

Elaborado por los licenciados MILAGROS FÁTIMA MEDRANO MARTÍNEZ y DENISSE BEATRIZ ESCANDON MORALES.

El diagnóstico que obtuvimos de las madres de niños de 5 a 11 años fue: Madres con escasos conocimientos y prácticas deficientes sobre la

prevención de la obesidad infantil; por lo que realizamos cuatro sesiones educativas, las cuales fueron segmentadas en **sesión I**: conceptos de sobrepeso y obesidad infantil, **sesión II**: causas, factores de riesgo y complicaciones de la obesidad, **sesión III**: alimentación diaria en el escolar y lonchera nutritiva, **sesión IV**: actividad física en el preescolar (recreación saludable).

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se propusieron las siguientes fases:

1. Exploración de los datos.

Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizó y al mismo tiempo se realizó el control de calidad de datos a fin de hacer las correcciones necesarias.

Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables de estudio.

2. Ordenamiento de los datos de acuerdo a las variables de la investigación.
3. Presentación de datos.

Se presentó la información en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio. Además, se realizó dos tipos de análisis:

- Análisis descriptivo

Se utilizó una estadística descriptiva de las variables continuas (procedimientos MEANS) para la descripción de las muestras: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media, etcétera.

Asimismo, se aplicó la estadística descriptiva en las variables

categorías (procedimiento FREQ), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías aplicadas a establecer la correlación entre las distintas afirmaciones obtenidas de la guía de entrevista.

- **Estadística inferencial**

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística **t** de Student, con un nivel de significancia de 95% y un margen de error del 5%.

$$t = \frac{(\bar{x}_2 - \bar{x}_1) - d_0}{\sigma_p \sqrt{(1/n_2) + (1/n_1)}}$$

Dónde:

n₁ = muestra del grupo 1

n₂ = muestra del grupo 2

X₁ = Promedio de los puntajes del grupo 1

X₂ = Promedio de los puntajes del grupo 2

σ_p = Estadístico de prueba

d₀ = Diferencia

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio de investigación se cumplió con los siguientes principios éticos.

1. Principio de Autonomía

Determina que cada persona decida libre y voluntariamente participar en el estudio, se le brindó en todo momento un trato amable aclarando las dudas que puedan surgir durante la interacción, las cuales en ningún momento fueron coaccionadas a participar y se respetó su decisión. Para promover este principio se ha propugnado el llamado “consentimiento

informado” como forma de garantizar que la madre ha recibido una información adecuada que manifieste su acuerdo. El “manual de Ética” del colegio de Médicos Americanos lo define de la siguiente manera “El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente se la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a estos procedimientos. (50)

2. Principio de beneficencia

Amerita al acto de no dañar, ni física, ni psicológicamente al investigado, hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, la investigación sólo fue realizada por personas calificadas sobre todo si se emplean equipos técnicos o procedimientos especiales. Es Indispensable asegurarles que su participación o la información que proporcionen no se utilizan en contra de ellos. (51)

3. Principio de justicia

Significa, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, por ello, el proceso de los datos se realizó teniendo en cuenta todas las variables de estudio consideradas, sin excepción. Las personas tendrán un trato justo durante la entrevista sin invadir más de lo necesario, respetando su decisión y privacidad (51).

4. Principio de no Maleficencia

El compromiso de enfermería sobre este principio es dedicarse a ayudar a restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, lo cual implica la preservación de la vida que compromete el principio de no hacerle daño, y durante el proceso de datos se trató de no afectar al paciente en toda su magnitud, por ello se guardó la información recopilada en absoluta confidencialidad y solo se usó para los fines del estudio, manteniéndose el anonimato de las participantes en su publicación (52).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se han diseñado tablas:

- La tabla 01 y 02 muestra la información de las características sociodemográficas de la población en estudio.
- La tabla 03 muestra el porcentaje de la edad de los niños de 5 a 11 años en estudio.
- La tabla 04 muestra el porcentaje de índice de masa corporal de los niños de 5 a 11 años en estudio.
- La tabla 05 y 06 describen el nivel conocimiento de prevención de la

obesidad de la población en estudio.

- La tabla 07 y 08 describen el tipo de práctica de prevención de la obesidad de la población en estudio.
- La tabla 09 muestra la diferencia de tasas de la obesidad.
- Finalmente, la tabla 10 y 11 muestra la prueba de hipótesis de comparación de medias de las puntuaciones del conocimiento y prácticas de prevención de la obesidad.

TABLA 01

**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE
LAS MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL CAP III
METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017**

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	n = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	fi	%	fi	%
Edad de la madre				
21 a 25 años	2	7,0	1	3,0
26 a 30 años	8	27,0	11	37,0
31 a 35 años	14	46,0	13	43,0
35 años a mas	6	20,0	5	17,0
Estado civil				
Soltera	4	13,0	3	10,0
Conviviente	11	37,0	12	40,0
Casada	7	27,0	6	20,0
Divorciada	8	23,0	6	20,0
Viuda	0	0,0	3	10,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica (Anexo 03)

En la Tabla 01 se muestra las características demográficas de las madres de los niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD en Huánuco, durante el 2017, según grupos de estudio; donde respecto a la edad 46,0% (14) del grupo experimental y 43,0% (13) del grupo control, tenían entre 31 a 35 años. Según el estado civil 37,0% (11) del grupo experimental y 40,0% (12) del grupo control, eran convivientes.

TABLA 02

**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS
MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL CAP III
METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017**

CARACTERÍSTICAS SOCIALES	n = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	fi	%	fi	%
Religión				
Evangélico.	5	16.7	4	13.3
Católico.	21	70.0	20	66.7
Testigo de Jehová.	3	10.0	4	13.3
Otros	1	3.3	2	6.7
Grado de instrucción				
Primaria	1	3,0	1	3,0
Secundaria	14	47,0	15	50,0
Superior	15	50,0	14	47,0
Ocupación				
Dependiente	8	29,0	6	21,0
Independientes	9	32,0	9	32,0
Ama de casa	11	39,0	13	47,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica (Anexo 03)

En la Tabla 02, muestra las características sociales de las madres según grupos de estudio. Respecto a la religión que profesa 70,0% (21) del grupo experimental y 66,7% (20) del grupo control refirieron ser católicos; según el grado de instrucción 50,0% (15) del grupo experimental tenían estudios superiores y en la misma proporción el grupo control, tenían estudios secundarios [50,0% (15)]. Según la ocupación, 39,0% (11) del grupo experimental y 47,0% (13) del grupo control, eran ama de casa.

TABLA 03

PORCENTAJE DE LA EDAD DE LOS NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS, DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL. CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO – 2017

EDAD DE LOS NIÑOS	n = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	fi	%	fi	%
5 a 6 años	8	26.7	7	23.3
7 a 8 años	12	40.0	10	33.3
9 a 10 años	7	23.3	11	36.7
11 años	3	10.0	2	6.7
Total	30	100.0%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica (Anexo 03)

Respecto al porcentaje de las edades de los niños de 5 a 11 años, según grupos de estudio, se tuvo que en el grupo experimental prevaleció la edad de 7 a 8 años con 40.0% (12), seguido de 26.7% (8) de los que tenían entre 5 a 6 años; 23.3% (7) tenían de 9 a 10 años y 10.0% (3) tenían más de 11 años. En el grupo control, 36.7% (11) tenían entre 9 a 10 años; 33.3% (10) entre 7 a 8 años; 23.3% (7) entre 5 a 6 años y 6.7% (2) tenían 11 años.

TABLA 04

PORCENTAJE DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS, DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL, USUARIOS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	n = 30							
	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Desnutrición leve ≥ 17.0 a < 18.5	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0
Normal ≥ 18.5 a < 25.0	1	3.3	6	20.0	2	6.7	3	10.0
Sobrepeso ≥ 25.0 a <30.0	13	43.3	15	50.0	10	33.3	12	40.0
Obesidad ≥ 30.0	16	53.3	9	30.0	17	56.7	15	50.0
Total	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta sociodemográfica (Anexo 03)

Respecto al porcentaje del IMC de los niños de 5 a 11 años, según grupos de estudio, se obtuvo en el grupo experimental y durante el pre test que prevaleció la obesidad en 53.3% (16) de la muestra, seguido de sobrepeso con 43.3% (13). Durante el post test prevaleció el sobrepeso con 50.0% (15) la obesidad disminuyó en 30.0% (9) y el peso normal se incrementó en 20%.

En el grupo control durante el pre y post test el IMC tuvo un mínimo descenso de 56.7% (17) a 50.0% (15) respectivamente en la obesidad.

TABLA 05

**DESCRIPCIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD, SEGÚN GRUPOS Y MOMENTOS DEL ESTUDIO.
MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO – 2017**

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	n = 30																							
	Grupo Experimental												Grupo Control											
	Pre Test						Post Test						Pre Test						Post Test					
	3		2		1		3		2		1		3		2		1		3		2		1	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Aspectos básicos de la obesidad	2	7	24	80	4	13	24	80	4	13	2	7	3	10	23	77	4	13	3	10	24	80	3	10
Alimentación saludable del niño	3	10	22	73	5	17	23	77	6	20	1	3	6	20	22	73	2	7	1	3	27	81	2	7
La lonchera saludable	4	13	23	77	3	10	20	67	8	27	2	7	4	13	21	70	5	17	3	10	22	73	5	17
Actividad física	3	10	23	77	4	13	21	70	6	20	3	10	3	10	22	73	5	17	5	17	19	63	6	20

Fuente: Encuesta de conocimiento de la prevención de obesidad (Anexo 04)

Leyenda: Bueno = 3 Regular = 2, Deficiente = 1

En la Tabla 05, observamos que en el grupo experimental (que recibió la educación de prevención de la obesidad), se incrementó el conocimiento regular al conocimiento bueno en los aspectos básicos de la obesidad pasando de 80% (24) del nivel regular a 80,0% (24) en el nivel bueno.

En la alimentación saludable del niño, se incrementó de 73,0% (22) al nivel regular a 77,0% (23) al nivel bueno. Sobre la lonchera saludable, 77,0% (23) tenía conocimiento regular y trascendió a 67,0% (20) en el nivel bueno; finalmente en el conocimiento de la actividad física, 77,0% (23) tenía nivel regular y ascendió en el post test a 70,0% (21) en el nivel bueno.

En el grupo control, durante el pre y post test, el nivel de conocimiento se incrementó en el nivel regular respecto al conocimiento básico de 77,0% (23) a 80% (24), al conocimiento de la alimentación saludable del niño de 73,0% (22) a 81% (27) y en el conocimiento de la lonchera saludable de 70,0% (21) a 73,0% (22). En torno al conocimiento de la actividad física descendió de 73,0% (22) a 63% (19).

TABLA 06

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD
SEGÚN GRUPOS Y MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS
DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO
ESSALUD HUÁNUCO – 2017**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	n= 30							
	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Pre Test		Post Test		Pre Test		Post Test	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%
Bueno	3	10	22	73	4	13	3	10
Regular	23	77	6	20	22	73	23	77
Deficiente	4	13	2	7	4	13	4	13
Total	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuesta de conocimiento de la prevención de obesidad (Anexo 04)

En la Tabla 06, se muestra el nivel conocimiento de la prevención de la obesidad según grupos de estudio y momentos de estudio, donde en el grupo experimental se evidenció durante el pre test que 10,0% (3) tenían conocimiento bueno, 77,0% (23) regular y 13,0% (4) conocimiento deficiente. En el post test se incrementó en 73,0% (22) el nivel de conocimiento bueno, 20,0% (6) regular y 7,0% (2) deficiente.

En el grupo control los porcentajes se mantuvieron alrededor de 10,0% (3) en el nivel bueno, 77,0% (23) en el regular y 13,0% (4) en el nivel deficiente durante el pre y post test.

TABLA 07

**DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN GRUPOS Y MOMENTOS DEL ESTUDIO.
MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017**

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	n = 30															
	Grupo Experimental								Grupo Control							
	Pre Test				Post Test				Pre Test				Post Test			
	Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Alimentación saludable del niño	8	27	22	73	15	50	15	50	7	23	23	77	4	13	26	87
Administración de lonchera saludable	5	17	25	83	19	63	11	37	11	37	19	63	9	30	21	70
Orientación de realización de actividad física	8	27	22	73	20	67	10	33	6	20	24	80	8	27	22	73

Fuente: Cuestionario de prácticas de prevención de la obesidad aplicado a la madre (Anexo 05)

Al analizar de forma descriptiva, las prácticas de prevención de la obesidad según grupos y momentos del estudio, se tiene:

En el grupo experimental (que recibió la educación de prevención de la obesidad), cambiaron las prácticas inadecuadas a adecuadas en los aspectos de alimentación saludable del niño, de 73,0% (22) a 50,0% (15), del mismo modo sobre la administración de lonchera saludable de 83,0% (25) de prácticas inadecuadas a 63,0% (19) de prácticas adecuadas y la orientación a la realización de actividad física de 73,0% (22) inadecuadas a 67,0% (20) de prácticas adecuadas.

En el grupo control, durante el pre y post test, las prácticas de prevención de la obesidad tuvieron un ascenso de prácticas inadecuadas en cuanto a la alimentación saludable del niño de 77,0% (23) a 87,0% (26) y la administración de lonchera saludable de 63,0% (19) a 70,0% (21). Respecto a la orientación de realización de actividad física disminuyó de 80,0% (22) a 73,0% (22) de prácticas inadecuadas.

TABLA 08

**TIPO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN
GRUPOS MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS
DE 5 A 11 AÑOS CAP III METROPOLITANO
ESSALUD, HUÁNUCO - 2017**

PRÁCTICA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	n= 30							
	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Pre Test		Post Test		Pre Test		Post Test	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%
Adecuado	7	23,0	18	60,0	8	27,0	7	23,0
Inadecuado	23	77,0	12	40,0	22	73,0	23	77,0

Fuente: Cuestionario de prácticas de prevención de la obesidad aplicado a la madre (Anexo 05)

En la Tabla 08, se muestra el tipo de prácticas de prevención de la obesidad según grupos y momentos de estudio, donde en el grupo experimental se evidenció durante el pre test que 23,0% (7) tenían practicas adecuados y 77,0% (23) inadecuado. En el post test se mejoró en 60,0% (18) adecuado y 40,0% (12) inadecuado.

El grupo control los porcentajes se mantuvieron en torno a 23,0% (7) de las prácticas era adecuado y 77,0% (23) inadecuado durante el pre y post test.

TABLA 09

**DIFERENCIA DE TASAS DE LA OBESIDAD, EN LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL DURANTE LOS MOMENTOS
DEL ESTUDIO CAP III METROPOLITANO ESSALUD,
HUÁNUCO - 2017**

OBESIDAD	Grupo experimental		Grupo Control		Diferencia de Tasas (%)
	Frecuencia	Tasa %	Frecuencia	Tasa %	
Pre test	16	53.3	17	56.7	3,4
Post test	9	30,0	15	50,0	20,0
Total	7	23,3	2	6,7	16,6

Fuente. Base de datos (Cuestionario).

Respecto a la comparación de las tasas de la obesidad en los grupos y momentos del estudio, se observó que en el pre test hubo mínimas diferencias en las tasas de obesidad en los niños de ambos grupos de estudio (3,4%).

En el post test, en el grupo experimental se notaron diferencias significativas en las tasas, disminuyendo de 16 casos (53,3%) a 9 casos (30.0%), resultando una diferencia de 20%. Mientras que en el grupo control solo disminuyó un 34%.

La diferencia de tasas entre el pre y post test mostró de 16,6% entre los grupos de estudio, experimental y el control.

TABLA 10

PRUEBA t DE STUDENT PAREADO DE COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES DEL CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL, DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017

	Momentos de Estudio	Media	DE	t	gl	p (bilateral)
CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	Pre test	16,77	4,904	,053	57,9	0,000
	Post test	23,83	6,550	4,719	53,2	

Fuente: Base de datos

Al comparar las tendencias de las medias de las puntuaciones del conocimiento de la prevención de la obesidad del grupo experimental y durante los momentos del estudio se encontró en el post test un valor $t = 4,719$, con $p=0,000$, siendo altamente significativo. Por tanto, se acepta la hipótesis de investigación que establece que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento de las madres de niños de 5 a 11 años usuarias del CAP III Metropolitano Es SALUD Huánuco-2017.

TABLA 11

PRUEBA t DE STUDENT PAREADO DE COMPARACIÓN DE MEDIAS DE PUNTUACIONES DE LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y DURANTE LOS MOMENTOS DEL ESTUDIO. MADRES DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS USUARIAS DEL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, HUÁNUCO - 2017

	MOMENTOS DE ESTUDIO	Media	DE	t	gl	p (bilateral)
PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	Pre test	16,83	3,806	0.000	58.0	0,000
	Post test	23.33	5.677	5,209	50,6	

Fuente: Base de datos

Al comparar las tendencias de las medias de las puntuaciones de las prácticas de prevención de la obesidad del grupo experimental y durante los momentos del estudio, se encontró en el post test un valor $t = 5,209$, con $p=0,000$, siendo altamente significativo. Por tanto, se acepta la hipótesis de investigación que establece que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil mejorando las prácticas de las madres de niños de 5 a 11 años usuarias del CAP III Metropolitano Es SALUD Huánuco – 2017.

B. DISCUSIÓN

La intervención de enfermería consistente en actividades educativas sobre alimentación saludable a las madres con niños en riesgo de obesidad resultó ser efectiva lográndose cambios favorables en el conocimiento, de las prácticas de prevención y en el estado nutricional de los niños. Las madres de los niños que ya tienen obesidad requieren potenciar su conocimiento y prácticas sobre su enfermedad, tratamiento y prevención. (53)

Es importante señalar que la educación que brinda la enfermera es la base fundamental y el inicio para el incremento del conocimiento y las prácticas de prevención de la obesidad, siendo así, mediante los programas de promoción de la salud se refuerzan las acciones para favorecer una educación nutricional, con el fin de formentar, de manera permanente, hábitos saludables en los niños, teniendo una relación cordial y empática con la familia, logrando así, interactuar de manera óptima. (54)

Según los resultados del estudio, la intervención de enfermería posibilitó el incremento del conocimiento y la mejora de prácticas de las madres, con ello se logró prevenir la obesidad, y se tiene en una situación equilibrada las tasas de incidencia de dicha enfermedad. Este resultado se explica porque la intervención educativa de enfermería optó por la enseñanza basada en el enfoque constructivista, procurando el aprendizaje significativo (donde la persona usa sus habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de toda su vida para construir nuevas ideas y nuevos significados al interactuar con su entorno); que produce un cambio más duradero en la manera de actuar pensar y sentir de la persona. (55)

De este modo, en los últimos diez años, muchos países de la Región han implantado algunas medidas, por lo que ahora es el momento de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asuma la función de

liderazgo a fin de unificar estos esfuerzos y de brindar apoyo a los Estados Miembros por medio de una iniciativa regional de salud pública. Esta es una justificación y una de las principales líneas de acción estratégica para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia que establece políticas y reglamentaciones propuestas según sus necesidades. (56)

De manera general se observó en la intervención de enfermería mejoró el nivel conocimiento de la prevención de la obesidad en el grupo experimental, por el contrario en el grupo control los porcentajes se mantuvieron constantes durante el pre y post test. Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Gamarra, Porroa, Quintana, quienes concluyeron que la intervención en enfermería a las madres incrementa el conocimiento a un nivel alto y las actitudes se tornan favorables sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello. (57)

A diferencia que un hallazgo en la misma línea difiere con los resultados obtenidos por Aldana, quien identificó un nivel de conocimientos regular, con un nivel de actitud desfavorable y un nivel de prácticas inadecuadas. (58)

Sobre el tipo de prácticas de prevención de la obesidad del mismo modo en el grupo experimental hubo cambios favorables entre el pre y post test. Estos resultados coinciden con Bonilla, et al., quienes concluyen que las intervenciones para prevenir la obesidad en los primeros años de vida de la población estudiada, se concluye la carga de desarrollar enfermedades crónicas a futuro. Y las practicas dirigidas a estas poblaciones deben ser conducidas en el hogar, a través de visitas domiciliarias intensivas; centros de atención primaria, dentro de programas dirigidos a la salud materno-infantil; centros preescolares o en la comunidad, a través de programas de promoción de la salud y preparación para la escuela. Las intervenciones que empezaron en la infancia, antes de los dos años,

tienen impacto positivo en la calidad de la dieta, mientras que en los preescolares (tres a cinco años de edad) gracias a las prácticas de las madres son efectivas cuando incluyen altos niveles de involucramiento familiar. (59)

En la misma línea Savage, Birch, Marini, Anzman, Paul, informaron que una intervención de enfermería se asocia con una reducción rápida del aumento de peso durante la niñez, y el estado de sobrepeso hasta la adolescencia. (60)

En los resultados sobre la comparación de las tasas de la obesidad se observaron en el pre test mínimas diferencias en las tasas de obesidad en los grupos de estudio. En el post test, se notaron diferencias significativas en las tasas, disminuyendo de 16 casos a 9 casos, resultando una diferencia de 7 casos. (24)

Al comparar las tendencias de las medias de las puntuaciones del conocimiento de la prevención de la obesidad de las madres del grupo experimental y durante los momentos del estudio se encontró diferencias significativas. Por tanto, se establece que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento de las madres de niños de 5 a 11 años usuarias del CAP III Metropolitano ES SALUD, Huánuco – 2017.

De igual modo la intervención de enfermería previene la obesidad infantil mejorando las prácticas de las madres de niños de 5 a 11 años usuarias del CAP III Metropolitano Es SALUD Huánuco-2017, al haberse obtenido diferentes significativas.

Finalmente según Pajuelo, es ampliamente conocido y aceptado que el sobrepeso y, más aún la obesidad, implica en el adulto una serie de riesgos colaterales que afectan la salud e incluso pueden llegar a comprometer la vida, el niño con esta misma patología puede verse en mucho más riesgo que el adulto por cuanto va a tener muchos más años

de exposición a todos los factores que condicionan las diferentes complicaciones. (61) Por ello el valor de la prevenciones un tema que la población debe profundizar para prevenir el problema de obesidad.

Resultado que va en la línea de Sánchez, quien en un estudio realizado en madres preescolares halló que antes de aplicar la Intervención Educativa se observó que el promedio del conocimiento fue de 9,57 y la práctica de prevención de la obesidad infantil fue de 49,97, dichos resultados variaron luego de aplicar la Intervención Educativa logrando un promedio de 14.30 de conocimiento y 61,11 de práctica, evidenció además que al brindar una Intervención Educativa se incrementa los conocimientos y mejoran las prácticas de las madres en relación con la prevención de la obesidad infantil. Es así como se observa una diferencia significativa de 4 puntos en los promedios del conocimiento después de la aplicación de la Intervención Educativa, asimismo un puntaje de 12 en los promedios de la práctica antes y después de la aplicación de la Intervención Educativa: “Todas las mamás contra la Obesidad Infantil”. (62)

Sin embargo, la OPS/OMS menciona que el aumento de los conocimientos no asegura un cambio conductual, pero es importante porque constituye el primer paso en el proceso de cambio, en tal sentido el presente estudio va en la línea de promover y promocionar la salud por etapas de vida en la cual radica su importancia. (63)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: La edad predominante fue entre 31 a 35 años en ambos grupos con el 46,0% y 43,0% respectivamente. Son convivientes el 37,0% y 40,0% respectivamente]. Son católicos el 70,0% y 66,7% respectivamente. El 50,0% del grupo experimental con estudios superiores y la misma proporción, el grupo control con estudios secundarios. Son amas de casa el 39,0% y 47,0% respectivamente. Los niños en el grupo experimental tienen edades de 7 a 8 años con 40.0%, y en el grupo control 9 a 10 años con 36.7%.

SEGUNDA: En cuanto al porcentaje del IMC de los niños del grupo experimental y en el pre test prevaleció la obesidad en

53.3% y sobrepeso en 43.3%. En el post test el sobrepeso en 50.0% y obesidad en 30.0%. En el grupo control durante el pre y post test hubo un mínimo descenso. En la comparación de tasas de la obesidad en el pre test hubo mínimas diferencias entre los niños de ambos grupos (3,4%). En el post test se notaron diferencias significativas en las tasas, disminuyendo de 16 casos (53,3%) a 9 casos (30.0%), resultando una diferencia de 20% en el grupo experimental y mientras que en el grupo control solo disminuyó en 6,7% (6 casos). La diferencia de tasa mostró un 16,6% entre el grupo experimental y el control.

TERCERA: El conocimiento de la prevención de la obesidad según grupos y momentos del estudio, se obtuvo que en el grupo experimental incrementó del nivel regular al nivel bueno en los aspectos básicos de la obesidad: el 80%, en la alimentación saludable a 77,0% y sobre la lonchera saludable, a 67,0% en el nivel bueno. El conocimiento de la actividad física ascendió de a 70,0% al nivel bueno. En el grupo control, durante el pre y post test, el nivel de conocimiento se incrementó en el nivel regular. El nivel de conocimiento de la prevención de la obesidad en el grupo experimental se incrementó a 73,0% el nivel de conocimiento bueno. A diferencia que en el grupo control los porcentajes se mantuvieron constantest.

CUARTA: Las prácticas de la prevención de la obesidad según grupos y momentos del estudio, se evidenció que en el grupo experimental mejoró las prácticas de inadecuadas a adecuadas. En el grupo control, durante el pre y post test, se incrementó ligeramente.

QUINTA: En la comparación de tendencias de las medias de las puntuaciones de la prevención de la obesidad se encontró

respecto al conocimiento un valor $t = 4,719$, con $p=0,000$ y en cuanto a las prácticas un valor $t = 5,209$, con $p=0,000$, siendo altamente significativo en el post test, por lo que se aceptó la hipótesis de investigación que establece que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento y prácticas de las madres de niños de 5 a 11 años usuarias del CAP III Metropolitano Es SALUD Huánuco-2017.

B. RECOMENDACIONES

1. La implementación de un programa de capacitación constante y supervisión al personal de enfermería en la atención primaria donde incluya promoción de la salud y educación para la salud sobre prevención de la obesidad.
2. El desarrollo de diversas modalidades de trabajo comunitario que tienda a prevenir cualquier daño en el niño sobre todo el relacionado con la mala alimentación.
3. La capacitación constante del personal de enfermería para detectar oportunamente a la población en riesgo, manteniendo la participación de las madres en la prevención de la obesidad, garantizando así la calidad de vida.
4. El desarrollo de manera sostenida intervenciones con enfoque de promoción de la salud y basada en la educación para la salud sobre el desarrollo de conocimientos de la prevención de la obesidad, de los aspectos básicos de la obesidad, de la alimentación saludable del niño, sobre la lonchera saludable y la actividad física, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Online]. [cited 2017 Julio 17. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>" <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
2. Nación. MdSdl. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Salud; 2013.
3. Martínez Álvarez J VMAGARCPMMSM. Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas., Nutr clín diet hosp; 2013.
4. Rivera Dommarco JÁ, Hernández Ávila M, Aguilar Salinas CA, Vadillo Ortega F, Murayama Rendon C. Obesidad en México, recomendaciones para una política de estado. [Online]. [cited 2017 Julio 19. Available from: HYPERLINK "%20<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>" <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>.
5. Patricia Aristizábal G, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos AOMRM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Scielo. 2011 Octubre-diciembre; 8(4).
6. (OMS). OMdIS. Métodos de evaluación de impacto en la salud y Estrategias. [Online]; 2013 [cited 2017 Julio 17. Available from: HYPERLINK "%20http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/261929/Health-in-Impact-Assessments-final-version.pdf?ua=1" http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/261929/Health-in-Impact-Assessments-final-version.pdf?ua=1.

7. Martín. JJD. Obesidad infantil: ¿prevención o tratamiento. [Online].; 2017 [cited 2017 Junio 30. Available from: HYPERLINK "https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403316303411" https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403316303411.
8. Unicef. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas. [Online].; 2015 [cited 2017 Julio 29. Available from: HYPERLINK "https://www.unicef.org/cuba/cu_folleto_obesidad_web.pdf" https://www.unicef.org/cuba/cu_folleto_obesidad_web.pdf.
9. Moreno Aznar LA, Alonso Franch M. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. [Online]. [cited 2017 Agosto 1. Available from: HYPERLINK "https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/obesidad.pdf" https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/obesidad.pdf.
10. Moro. G. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES. 2017. Centro de Salud de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).
11. De la fuente Marañón C, Cervera Gasch A. Revisión integradora sobre intervenciones escolares para la prevención primaria de la obesidad infantil. Revista científica de enfermería. Universitat Jaume I, España. 2017 Julio; 03(15).
12. Vanessa. CAL. Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos sobre el manejo de la obesidad de las madres de niñas o niños obesos. Tesis para optar el grado de Magister en Ciencias de Enfermería. Nuevo Chimbote - Perú.: UNS, Enfermería; 2017.
13. Zurita Esquivel MK. Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria, en un

centro de salud, San Miguel. Título Profesional de Licenciada en Nutrición. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, FACULTAD DE MEDICINA.; 2016.

14. Argentina. U. Sobrepeso y obesidad en niños y niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en argentina. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 28. Available from: HYPERLINK "http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf"
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf.
15. E. LA, Alejandro. D. Sobrepeso y obesidad infantil. Rev Med Hondur. 2011. Julio; 79,(4).
16. Bonilla C HGMDAAAJGE. Intervenciones para prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017 Agosto; 34(4).
17. Báez González A RAW. Promoción de Hábitos Alimentarios Saludables en Infantes. Tesis para optar el grado académico de Licenciatura en Educación para la Salud. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl.; 2017.
18. Martí AG, Salinas. CM. Actividades enfermeras orientadas a la prevención de la obesidad infantil en el entorno escolar universidad autónoma de Madrid. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 28. Available from: HYPERLINK "https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684814/gallego_marti_albatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y"
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684814/gallego_marti_albatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

19. García Rodríguez A. UCV. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 19. Available from: HYPERLINK "http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18015/Garcia_RAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y" http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18015/Garcia_RAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. S. QCE. "Conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad en escolares en una Institución Educativa de Lima - 2014.". Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos., Facultad de Medicina; 2014.
21. Preston EC. Rev Panam Salud Pública. [Online].; 2015 [cited 2017 Julio 14. Available from: HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27440095" https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27440095.
22. Álvarez-Dongo D SAJGGGTMC. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012 Junio; 29(3).
23. Arévalo del Águila KL, Álvarez Gaviria RP, Mori Coral MM. "Conocimiento y percepción de riesgo asociados a obesidad infantil en madres de escolares de una Institución Educativa Iquitos-2017". [Online].; 2017 [cited 2017 Junio 1. Available from: HYPERLINK "http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5465/Katya_Tesis_Titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y" http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5465/Katya_Tesis_Titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
24. Hernández-Vásquez A BQGSMAD. Prevalencia de obesidad en menores de cinco años en Perú según sexo y región. Rev Esp Salud

Pública. 2016 Junio; 90(13).

25. CM. DÁV. Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017 Agosto; 34(1).
26. Colomer Revuelta J, Prevlnfad G. Prevención de la obesidad infantil. 2005. Profesora Titular de Pediatría de la Universidad de Valencia.
27. Fernández Pérez GR, Sarmiento Pacheco KJ, Vera Mory YL. Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la institución educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015. 2015. UCH Repositorio Institucional.
28. Pérez Morente M SOMMRMPRMMdIFJSdAC. Revisión de la literatura actual sobre prevención y tratamiento de la obesidad infantojuvenil. 2012. Rev Paraninfo Digit. 6(16):1–11.
29. Salud. OMdl. Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre 20. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>" <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
30. Pérez Morente M. Revisión de la literatura actual sobre prevención y tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Rev Paraninfo Digit. 2012; 6(16).
31. Martos Moreno G AJ. Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia. Rev. An Pediatr. 2011; 75(1).
32. Mataix Verdú J. Tratado de nutrición y alimentación. Nueva Edición Ampliada ed. Oceano, editor. Barcelona: Océano; 2009.

33. Takashi K TY. Adiponectin and adiponectin receptors. 2005. *Endocrine Reviews.*; 26: 439-451.
34. Lobstein T. Obesity in children and young people: a crisis in public health. 2004. *Obesity reviews.* 5(1): 4–85.
35. SJ. M. Niños gordos en números redondos. 2008. *Gact Urb.*; 1: 3.
36. J. SG. Obesidad y alteraciones metabólicas: factores genéticos y ambientales en población mediterránea. 2008. Universidad de Valencia: Servei de Publicacions.
37. R. CP. Prevalencia de obesidad infantil en Cantabria. Tesis Doctoral. Santander: Universidad de Cantabria; 2010.
38. W. D. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics.* 101: 518-25.
39. Reilly JJ Lea. Health consequences of obesity. 2003. *Archives of Disease in Childhood.* 88: 748-752.
40. Cruz ML GM. The metabolic syndrome in children and adolescents. 2004. *Curr Diab Rep.*; 4: 53-62.
41. De Ferranti SD. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. 2004. *Circulation.* 110: 2494-7.
42. Maffeis C. Waist-to-Height Ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children. 2008. *J Pediatr*; 152: 207-13.
43. Rodríguez P LA. Desnutrición y obesidad en pediatría. 2013. México: Alfil.

44. R. D. Consultor familiar Nelara de la salud y el hogar. 2012. 2da edición. Buenos Aires.
45. E. PS. Obesidad en pediatría. CCAP. 2005. Universidad Nacional Autónoma de México.; 7(3): 29-51.
46. Malina R KP. Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweight in adolescents. The American Journal of Clinical Nutrition. 1999; 70: 131–136.
47. A. P. BMI as a measure of adiposity among children and adolescents: a validation study. Journal of Pediatric. 1998; 132: 204-210.
48. Salud. OMdl. WHOQOL Study Protocol: The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument. Ginebra-Suiza. División de Salud Mental; 1993.
49. Salud Md. Modelo de Abordaje para la promoción de la Salud. 2013.
50. A. M. Taxonomía educativa integradora como estrategia didáctica para la planificación instruccional. Available from: <http://servicio.bc.uc>.
51. Azulay Tapiero A. Los principios de bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. Tesis. Madrid: Hospital Dr, Moliner. Valencia, Madrid.
52. Del Carmen Amaru M. Principios básicos de la bioética. Tesis. Cuba: Facultad de ciencias médicas “General Calixto García”, Cuba; 1996.
53. Gómez Londoño E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Tesis. Colombia: Facultad de Medicina, Departamento de Bioética; 2008.
54. Barreras Gil Celina MVFASGCP. Efecto de una estrategia educativa sobre el estado nutricional y lectura de etiquetas de alimentos en

escolares con sobrepeso y obesidad. 2017.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1405887117300226?token=C889E49A0A84441B70158A81ECEED89F3DF43FD990E0C943EA7887202B998B55CC2AAC72D00337B6DE63520BD76B139C>.

55. Sánchez García Rocío RMHGUMA. Preferencias alimentarias y estado de nutrición en niños escolares de la Ciudad de México. ELSEVIER. 2014 Diciembre; 71(6).
56. Iván. RH. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Universidad de la Frontera Temuco Chile. 2011; 4(1).
57. Consejo Directivo de la OPS 6SdCRdlO. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 2014.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf>.
58. Gamarra Atero Raquel PJMQSM. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. 2010.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3.pdf>.
59. Ricardo. ADJ. Conocimientos, actitudes y prácticas referidas en madres, sobre alimentación de niños de 0-5 años, diagnosticados desnutridos crónicos en Microred Morrope 2015. 2015.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2521/1/ALDANA_JR.pdf.
60. Bonilla Catherine HGMDAAAJPGE. Intervenciones para prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. 2017. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n4/a16v34n4.pdf>.
61. Savage JS BLMMAFSPI. Efecto de la intervención de crianza receptiva INSIGHT en el aumento rápido de peso infantil y el estado

de sobrepeso a la edad de 1 año: un ensayo clínico aleatorizado. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27271455>.

62. Jaime. P. Obesidad infantil en el Perú. Lima, Perú. 2003. Instituto de Investigaciones Clínicas UNMSM.
63. S.M. SG. Efectividad de una intervención educativa sobre prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños preescolares. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma., Enfermería; 2012.
64. Salud RCdCdl. Aumento de conocimientos no asegura un cambio conductual. 2009. Vol 1– número 1. 2009. Lima- Perú. p. 27. Universidad Peruana Unión.
65. Villamañan Alba Maylen GMLDP. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL COMO PRÁCTICA DE SOCIALIZACIÓN. REVISTA PUERTORRIQUEÑA DE PSICOLOGÍA. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6234351.pdf>.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO:

FECHA: ----/----/----

Título de la investigación.

Intervención de enfermería para la prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano ESSALUD Huánuco-2017.

Equipo de Investigadores.

Medrano Martínez, Milagros Fátima. Y Escandón Morales, Denisse Beatriz, alumnas de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, de la Facultad de Enfermería.

Introducción / Propósito

El objetivo del estudio es demostrar que la intervención de enfermería previene la obesidad infantil incrementando el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco-2017.

Participación

Participarán las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco-2017.

Procedimientos

Se le aplicará dos encuestas pre y post test. Sólo se tomará un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Riesgos / incomodidades

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

Beneficios

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio es el de recibir información oportuna y actualizada sobre la prevención de la obesidad infantil incrementando el conocimiento y práctica.

Alternativas

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de

beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

Compensación

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Confidencialidad de la información

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Problemas o preguntas

Escribir al Email: martinezfatima@hotmail.com o comunicarse al Cel. 962409960

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación

Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación

Firma de la participante:.....	<input type="text"/>
Firma de la investigadora:.....	<input type="text"/>
Firma de la investigadora:.....	<input type="text"/>

Huánuco, 02 de julio del 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
ANEXO 02

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Nosotros, Medrano Martínez, Milagros Fátima. Y Escandón Morales, Denisse Beatriz, responsables de la presente investigación mantendremos bajo reserva y no podremos propagar, difundir o usar en beneficio propio o de terceros la totalidad o parte de cualquier dato o información considerada en esta investigación.

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades universitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas de la universidad, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Huánuco, 02 de julio del 2017.

Medrano Martínez, Milagros Fátima
Responsable de la investigación

Escandón Morales, Denisse Beatriz
Responsable de la investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

ANEXO 03

GUÍA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

CÓDIGO:

FECHA: ----/----/----

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Intervención de enfermería para la prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano ESSALUD Huánuco-2017.

INSTRUCCIONES. Señora madre de familia, tenga usted un buen día, es importante que usted responda la encuesta de datos sociodemográficos en forma voluntaria y sincera, dado que esta encuesta es de carácter anónimo.

Usted deberá marcar con un aspa (X) una de las alternativas que le ofrece cada pregunta

Gracias.

1. Edad en años cumplidos de la madre

¿Cuántos años cumplidos hasta la fecha tienes?	
15 – 25 años	
26 – 35 años	
36 – 45 años	
46 – 55 años	

2. Edad en años cumplidos del niño

¿Cuántos años cumplidos hasta la fecha tiene el niño/a?	
5 a 6 años	
7 a 8 años	
9 a 10 años	
11 años	

3. Peso de niño

¿Cuál es el peso del niño?	
----------------------------	--

4. Talla del niño

¿Cuál es la talla del niño?	
-----------------------------	--

5. Grado de instrucción de la madre

¿Hasta qué grado ha alcanzado usted?	
Iletrado	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

6. Religión

¿Qué religión profesa usted?	
Evangélico.	
Católico.	
Testigo de Jehová.	
Otros	

7. Ocupación

¿A qué se dedica usted?	
Estudiante	
Comerciante	
Ama de casa	
Empleada	

8. El ingreso familiar mensual

¿Cuánto es el ingreso familiar mensual que perciben?	
< de 300 nuevos soles al mes	
De 300 a 499 nuevos soles al mes.	
De 500 a 699 nuevos soles al mes.	
Más de 700 nuevos soles	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

ANEXO 04

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE OBESIDAD

CÓDIGO:

FECHA: ----/----/----

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Intervención de enfermería para la prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano ESSALUD Huánuco-2017.

INSTRUCCIONES. Señora madre de familia, tenga usted muy buen día, le comunico que se está realizando una investigación cuyo objetivo es prevenir la obesidad infantil incrementando el conocimiento y práctica del cuidado de niños de 5 a 11 años, por tanto, se le presenta la siguiente encuesta a fin de que responda en forma voluntaria y sincera, dado que esta encuesta es de carácter anónimo.

Usted deberá marcar con un aspa (X) una de las alternativas que le ofrece cada pregunta

Gracias

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA OBESIDAD:

Definición de obesidad

1. ¿Qué es la obesidad infantil?
 - a) Una enfermedad.
 - b) Un defecto que tiene los niños.
 - c) Algo que no tiene importancia.
 - d) Es ver a los niños “gordos”.

Causas

2. ¿Cuáles son las causas de la obesidad?
 - a) Hipotiroidismo y malos estilos de vida.
 - b) Padres con obesidad, y malos estilos de vida.
 - c) Elevado apetito de los niños (Ansiedad).
 - d) Alimentación inadecuada (frituras).

Características

3. ¿Qué características presentan un niño con obesidad?
 - a) Presencia elevada de grasa en el abdomen
 - b) Tejido adiposo en los miembros inferiores y superiores

- c) Presencia elevada de grasa en el cuerpo
- d) Aumento y disminución de peso frecuente

Diagnóstico

- 4. ¿Sabe usted como se diagnostica la obesidad?
 - a) Hemograma completo al niño.
 - b) Valoración del tejido adiposo: IMC.
 - c) Medición de las medidas antropométricas
 - d) Hemograma completo y examen de orina.

Consecuencias de la obesidad

- 5. ¿Qué puede ocasionar la obesidad infantil?
 - a) Déficit de atención y/o retardo mental
 - b) Anemia y/o desnutrición crónica
 - c) Diabetes y/o hipertensión
 - d) Ansiedad y/o hiperactividad

Tratamiento

- 6. ¿Cuál es el tratamiento de la obesidad?
 - a) Individual con cambios en la ingesta de alimentos y en actividad física.
 - b) Individual haciendo cambios en la ingesta de alimentos.
 - c) Familiar con cambios en la ingesta de alimentos y en actividad física
 - d) Familiar con aumentos de frecuencia en actividades físicas

Prevención

- 7. ¿Cómo se puede prevenir la obesidad?
 - e) Cambiando los hábitos de ingesta de malos alimentos y aumentando el peso corporal
 - f) Disminuyendo la ingesta de alimentos saludables y con mayor actividad física
 - g) Cambiando los hábitos de ingesta de malos alimentos y disminuyendo el peso corporal
 - h) Aumentando la frecuencia de actividad física máxima para perder peso.

CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL NIÑO:

Definición de alimentación saludable

- 8. ¿Qué es alimentación saludable?
 - a) Es una alimentación variada y completa que mantiene una regular a la salud.

- b) Prácticas que satisfacen las necesidades alimenticias en todas las etapas de la vida.
- c) Es una alimentación balanceada y completa que mantiene óptima a la salud.
- d) Prácticas que aumentan las necesidades alimenticias en todas las etapas de la vida.

Importancia de una alimentación saludable

9. ¿Por qué es importante que el niño tenga una alimentación saludable?
- a) Le permite crecer, estudiar, jugar y estar sanos.
 - b) Le permite estudiar, crecer, hacer amigos y ser inteligente.
 - c) Le permite crecer, desarrollar su actividad física y estar sano.
 - d) Le permite estudiar, crecer, ser inteligente y estar saludable.

Grupo de alimentos que incluyen una dieta nutritiva

10. ¿Qué tipo de alimentos debe incluir en la dieta del niño?
- a) Carnes, leche y sus derivados, verduras y harinas.
 - b) Leche y sus derivados, verduras y carne de res.
 - c) Carnes, leche y derivados, huevo, verduras y frutas.
 - d) Frutas, huevo, verduras, harina y carnes.

Necesidad de consumir las proteínas

11. ¿Por qué el niño necesita consumir proteínas?
- a) Proporcionan poca fuerza y energía al niño
 - b) Ayudan a crecimiento y desarrollo del niño
 - c) Contribuyen poco a la actividad física del niño.
 - d) Contribuyen a la actividad física del niño.

Necesidad de consumir carnes

12. ¿Por qué el niño necesita comer carne?
- a) Porque las carnes le aportan proteínas, zinc y hierro.
 - b) Porque las carnes le ayudan a estar saludable.
 - c) Porque las carnes le ayudan a prevenir la anemia.
 - d) Porque las carnes le ayudan a estar sano y no enfermarse.

Necesidad de consumir la leche

13. ¿Por qué el niño necesita tomar leche?
- a) Le permite al niño tener huesos y dientes fuertes.
 - b) Le permite al niño tener solo huesos fuertes.
 - c) Le aporta proteínas de buena calidad y calcio.
 - d) Le va a ayudar a crecer y ser más alto.

Necesidad de consumir alimentos con fibra

14. ¿Por qué el niño necesita comer verduras y frutas?
- a) Porque las verduras tienen vitaminas y es necesario para prevenir enfermedades.
 - b) Porque las verduras previenen el estreñimiento, vitaminas y es necesario para prevenir enfermedades.
 - c) Porque las verduras contienen minerales, vitaminas, antioxidantes necesarios para prevenir enfermedades.
 - d) Porque las verduras son buenas para su salud, tienen muchas vitaminas y es necesario para prevenir enfermedades.

Necesidad de consumir alimentos con aceites esenciales

15. ¿Por qué es necesario que el niño consuma aceites?
- a) Porque aportan los ácidos grasos esenciales para disminuir de peso.
 - b) Porque aportan los ácidos grasos esenciales retardando el crecimiento.
 - c) Porque hacen que el niño engorde y que sufra obesidad infantil.
 - d) Porque aportan los ácidos grasos esenciales para el crecimiento normal.

Alimentos que incluye en el desayuno

16. ¿Cuáles son los principales alimentos que necesita consumir el niño en el desayuno?
- a) Frugos, keke, manjar, fruta y frutos secos.
 - b) Cereal o pan, sopa de verduras, jamón o huevo frito y frugos.
 - c) Leche, pan o galletas, huevos o verduras y fruta o zumo.
 - d) Un vaso de agua, galletas, gelatina y mazamorra.

Alimentos que incluye en el almuerzo

17. ¿Qué alimentos incluye en el almuerzo del niño?
- a) Arroz o pastas, carne o pescado, ensalada, Gaseosa y fruta.
 - b) Arroz o pastas, carne o pescado, ensalada, agua y fruta.
 - c) Arroz o pastas, Pollo frito, papas fritas, frugos y snacks.
 - d) Arroz o pastas, carne o pescado, mayonesa, y gaseosa.

Alimentos que incluye en la cena

18. ¿Qué alimentos incluye en la cena del niño?
- a) Salchipapa, frugos o gaseosa y frutas.
 - b) Lácteos, Arroz chaufa, frugos y frutas.
 - c) Lácteos, pan o galletas, agua y frutas.
 - d) Cereal, pollo frito, papa frita o al hilo.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA LONCHERA SALUDABLE

Importancia de la lonchera saludable

19. ¿Por qué es importante la lonchera saludable?
- a) Es una parte complementaria de la alimentación.
 - b) Calma del hambre al niño durante el día.
 - c) Le ayuda a crecer y a desarrollar.
 - d) Protege al organismo de enfermedades.

Alimentos que incluyen en la lonchera saludable

20. ¿Cuáles son los alimentos que incluye una lonchera?
- a) Gaseosa, galletas y una naranja.
 - b) Fruta o verdura, pan, refresco natural.
 - c) Agua pura, huevo con arroz y gelatina.
 - d) Frugos, galletas y manzana.

Numero de alimentos en la lonchera

21. ¿Cuántos alimentos se deben colocar en una lonchera escolar?
- a) 4
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 5

Alimentos prohibidos para la lonchera

22. ¿Qué se debe evitar de enviar en una lonchera escolar?
- a) Verduras y frutas
 - b) Cereales y legumbres
 - c) Alimentos chatarra.
 - d) Harinas y lácteos.

CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

Importancia de la actividad física

23. ¿Por qué es importante que el niño realice actividad física?
- a) Les ayuda en su crecimiento y estar sanos.
 - b) Les ayuda a tener músculos y huesos fuertes.
 - c) Les ayuda a no engordar y sufrir de obesidad.
 - d) Les ayuda tener músculos a nivel abdominal.

Intensidad de la actividad física

24. ¿con que intensidad necesita realizar actividad física los niños?
- a) Leve
 - b) Moderada
 - c) Intensa

Tipo de actividades debe realizar diariamente

25. ¿Qué tipo de actividades debe realizar diariamente el niño?
- a) Saltar, bailar, correr, fútbol, vóley.
 - b) Saltar, escalar, hacer volantín, bailar, trepar.
 - c) Correr, saltar, bailar, trepar, escalar.
 - d) Correr, saltar, bailar, hacer volantín, escalar

Tipo de juegos que puede realizar diariamente el niño

26. ¿Qué tipo de juegos puede realizar diariamente el niño?
- a) Juegos inventados por ellos mismos sin excesiva fuerza.
 - b) Juegos que pueda sentir textura y colores de los objetos.
 - c) Juegos que les permita jugar con papá y mamá.
 - d) Juegos que demanden exceso de fuerza

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

ANEXO 05

**CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD
APLICADO A LA MADRE**

CÓDIGO:

FECHA: ----/----/----

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Intervención de enfermería para la prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años del CAP III Metropolitano ESSALUD Huánuco-2017.

INSTRUCCIONES. Señora madre de familia, tenga usted un buen día, le presentamos el siguiente cuestionario a fin de que responda en forma voluntaria y sincera, dado que este cuestionario es de carácter anónimo. Usted deberá marcar con un aspa (X) una de las alternativas que le ofrece cada pregunta

Gracias.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL NIÑO
Ingesta diaria de alimentos

- 1. ¿Cuántas veces al día ingiere sus alimentos el niño?**
- a) desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena
 - b) desayuno, almuerzo y cena
 - c) desayuno, media mañana, almuerzo y cena
 - d) desayuno, media mañana, almuerzo y cena

Cantidad de carne le da diariamente a su hijo

- 2. ¿Cuánta cantidad de carne le da diariamente a su hijo(a)?**
- a) Una presa pequeña.
 - b) Dos presas pequeñas.
 - c) Una presa mediana.
 - d) Una presa grande.

Número de tazas de leche le da a su hijo(a) diariamente

- 3. ¿Cuántas tazas de leche le da a su hijo(a) diariamente?**
- a) Una taza de leche.
 - b) Dos tazas de leche.
 - c) Tres tazas de leche.
 - d) No toma leche.

Numero de porciones de frutas o verduras al día

4. ¿Cuántas porciones de frutas o verduras le da a su hijo(a) durante el día?
- a) 1 porción.
 - b) 2 porciones.
 - c) 3 porciones.
 - d) 4 porciones.

Cantidad de aceite que incluye a sus alimentos

5. ¿Cuántas cucharitas de aceite le pone en la comida de su hijo(a)?
- a) 1 cucharita
 - b) 2 cucharita
 - c) 3 cucharita
 - d) 4 cucharita

Porción de alimentos que incluye en el desayuno

6. ¿Cuál es la porción de alimentos incluyes en el desayuno de tu niño?
- a) Un vaso de leche, 3 panes con huevo o verdura, una porción de cereal y un vaso de jugo o una fruta.
 - b) Un vaso de leche, keke, frugos, gelatina, una porción de cereal y un vaso de jugo o una fruta.
 - c) Un vaso de leche, 3 panes con huevo o verdura, una porción de cereal y un vaso de agua.
 - d) Un vaso de agua, galletas, mazamorra, una porción de cereal y un vaso de jugo.

Porción de alimentos que incluye en el almuerzo

7. ¿Cuál es la porción alimentos incluyes en el almuerzo del niño?
- a) Una ración de arroz o pastas, carne o pescado mediano, una ración de ensalada, un vaso de gaseosa y una fruta.
 - b) Una ración de arroz o fideo, carne o pescado mediano, una ración de ensalada, un vaso de agua o refresco y una fruta.
 - c) Dos raciones de arroz o pastas, carne o pescado mediano,, un vaso de frugos y una fruta.
 - d) Una ración de arroz o pastas, carne o pescado grande, mayonesa, un vaso de gaseosa y dos frutas.

Porción de alimentos que incluye en la cena

8. ¿Cuál es la porción alimentos incluyes en la cena del niño?
- a) Media ración de salchipapa, una taza de café y una fruta.
 - b) Una ración de salchipapa, una taza de café con leche.
 - c) Una taza de leche, sándwich de verduras, un vaso de agua.
 - d) Una taza de leche, media porción de arroz chaufa, un vaso de agua.

Tipos de alimentos que no deben incluir a su dieta

9. ¿Qué tipos de alimentos no deben incluir a su dieta del niño?
- a) Frutas, verduras, cereales, tubérculos, harinas en poca cantidad, aceites esenciales.
 - b) Alimentos hipercalóricos, productos azucarados, bollería industrial, embutidos y refrescos industrializados.
 - c) Alimentos hipercalóricos, productos azucarados, bollería industrial, embutidos y refrescos naturales
 - d) Frutas enlatadas, verduras, cereales, tubérculos procesados, aceites esenciales.

ADMINISTRACIÓN DE LONCHERA SALUDABLE

Tipo de alimentos que incluye en la lonchera

10. ¿Qué alimentos incluye en la lonchera de su hijo(a)?
- a) Fruta o verdura, sándwich, refresco natural.
 - b) Gaseosa, galletas y una naranja.
 - c) Agua pura, huevo con arroz y gelatina.
 - d) Frugos, galletas y manzana.

Tipo sándwich que incluye en la lonchera

11. ¿Sándwich de que incluye en su lonchera de su hijo (a)?
- a) Sándwich de pollo o carne frita.
 - b) Sándwich de mantequilla o huevo frito.
 - c) Sándwich de papas fritas o al hilo
 - d) Sándwich de palta o verduras.

Tipo de bebida que incluye en la lonchera

12. ¿Qué bebida envía usualmente en la lonchera de su hijo(a)?
- a) Gaseosa.
 - b) Leche.
 - c) Frugos.
 - d) Jugos o Infusiones.

Cantidad de alimentos que incluye en la lonchera

13. ¿Cuántos alimentos envía a su hijo en la lonchera?
- a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4

ORIENTACIÓN DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

Tipo de actividad física que debe realizar diariamente

14. ¿Qué tipo de actividad física realiza diariamente el niño?

- a) Corre, salta, baila, juega fútbol o vóley.
- b) Hace volantín, baila, juega fútbol o vóley.
- c) Corre, trepa salta, juega fútbol o vóley.
- d) Corre, salta, baila, hacer volantín y escala.**

Tiempo de actividad física que realiza diariamente su niño

15. ¿Cuántos minutos de actividad física realiza su niño?

- a) 60 minutos.
- b) 15 minutos.
- c) 30 minutos.
- d) 10 minutos.**

Tipo de ejercicios que realiza diariamente su niño

16. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza diariamente su niño para mantener un buen peso?

- a) Nadar, patinar, caminar y ver televisión
- b) Subir escaleras, caminar, jugar de forma activa
- c) Bailar/danzar, jugar en la computadora y manejar bicicleta
- d) Realizar clases de educación física, caminar, dormir dos horas diarias.**

Tiempo de recreación que realiza diariamente su niño

17. ¿Cuántas horas diarias su niño ve televisión, juega videojuegos o utiliza 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.**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

ANEXO 06

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las madres de niños de 5 a 11 años	Prevalencia de obesidad	Comparación de prevalencias	Tasa de prevalencia: $TPGE = \frac{\text{Niños con obesidad en el grupo experimental}}{\text{Total de niños}} \times 100$ $TPGC = \frac{\text{Niños con obesidad en el grupo control}}{\text{Total de niños}} \times 100$	De razón
	Conocimientos	Básico Alimentación saludable Lonchera saludable Actividad física.	18 – 26 = Bueno 9-17 =Regular ≤ 8 = Deficiente	Nominal dicotómica
	Conocimientos básicos de la obesidad	Definición Causas Características Diagnóstico Consecuencias Tratamiento Prevención	6 – 7 = Bueno 4 - 5 =Regular ≤ 3 = Deficiente	Nominal dicotómica
	Conocimientos sobre alimentación saludable del niño	Definición Importancia Grupo de alimentos Necesidad de las proteínas, carnes, leche, alimentos con fibra, aceites esenciales Alimentos en el desayuno, almuerzo y la cena.	9 – 11 = Bueno 5 - 8 =Regular ≤ 4 = Deficiente	Nominal dicotómica
	Conocimientos	Importancia.	4 = Bueno	Nominal

	sobre la lonchera saludable	Alimentos de una lonchera saludable Numero de alimentos y alimentos prohibidos	3 =Regular ≤ 2= Deficiente	dicotómica
	Conocimientos sobre actividad física	Importancia Intensidad Tipo y juegos	4 = Bueno 3 =Regular ≤ 2= Deficiente	Nominal dicotómica
	Prácticas de la prevención de la obesidad	Alimentación y lonchera saludable; actividad física.	15 – 17 = Adecuadas ≤ 16 = Inadecuadas	Nominal dicotómica
	Alimentación saludable del niño	Ingesta de alimentos, carne, leche, frutas o verduras, aceite Porción de alimentos en el desayuno, almuerzo y cena Alimentos que no debe consumir.	8 – 9 = Adecuadas ≤ 7= Inadecuadas	Nominal dicotómica
	Lonchera saludable	Tipo de alimentos, sándwich, bebidas y cantidad.	3– 4 = Adecuadas ≤ 2= Inadecuadas	Nominal dicotómica
	Actividad física	Tipo de actividad física, tiempo, tipos de ejercicios y tiempo de recreación.	3– 4 = Adecuadas ≤ 2= Inadecuadas.	Nominal dicotómica
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Intervención de enfermería	Acciones educativas directas, dirigida a las madres de niños de 5 a 11 años.	Alimentación balanceada, permitidos y prohibidos Sesión demostrativa “preparación	Sí No	Nominal dicotómica

		de alimentos que previenen la obesidad “ Visita domiciliaria de consejería nutricional		
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
Características del niño	Edad del niño	Años cumplidos	a) 5 a 6 años b) 7 a 8 años c) 9 a 10 años d) 11 años	Ordinal
	Índice de masa corporal (IMC)	Relación del peso y la estatura	a) Desnutrición ≥ 17.0 a < 18.5 b) Normal ≥ 18.5 a < 25.0 c) Sobrepeso ≥ 25.0 a < 30.0 d) Obesidad ≥ 30.0	Nominal politómico
Características demográficas	Edad de la madre	Años cumplidos	a) 26-35 años. b) 36-45 años. c) 46-55 años	Ordinal
	Estado civil	Condición civil	a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Divorciada e) Viuda	Nominal politómico
Características sociales	Religión	Creencias religiosas	a) Evangélico. b) católico. c) Testigo de Jehová. d) Otros	Nominal
	Grado de instrucción	Grado alcanzado	a) Primaria b) Secundaria c) Superior	Ordinal
	Ocupación	Actividad a que se dedica	a) Dependiente b) Independientes c) Ama de casa	nominal

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
ANEXO 07

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMAS:

- Primera intervención: Conocimientos básicos de la obesidad
Segunda intervención: Alimentación saludable del niño
Tercera intervención: Lonchera saludable
Cuarta intervención: Actividad física en niños

OBJETIVO GENERAL

Promover en la población de estudio conocimientos y prácticas para la prevención de obesidad infantil

LUGAR: CAP III Metropolitano EsSALUD Huánuco-2017.

FECHA:

- Primera intervención: 02/07/2017
- Segunda intervención: 18/08/2017
- Tercera intervención: 25/09/2017
- Cuarta intervención: 30/10/2017

DURACIÓN: 30 minutos por sesión

RESPONSABLES:

- Medrano Martínez, Milagros Fátima.
- Escandón Morales, Denisse Beatriz.

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil tal como lo menciona la OMS, es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha

aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que, en 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos. Cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia y una cuarta parte vivían en África.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

Los profesionales de la Salud, en especial Enfermería, mantienen un compromiso con la salud pública y en especial con la población infantil; la OMS apoya la definición, aplicación y seguimiento de medidas, así como el liderazgo en su aplicación. Para avanzar es necesario un enfoque multisectorial que movilice las energías, recursos y conocimientos técnicos de todas las partes interesadas a escala mundial.

La familia, es un pilar clave en la sociedad, asimismo las madres y/o cuidadores, son los encargados de la alimentación y el estilo de vida que infunden en los niños, por tal motivo y en búsqueda de la prevención de la obesidad infantil, en el presente programa educativo, se compartirá experiencias y buscará mejor los conocimientos y prácticas que las madres de familia poseen respecto a la prevención de la obesidad infantil.

PRIMERA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

GENERALIDADES DE LA OBESIDAD INFANTIL

Nombre de la sesión: “JUNTOS CONTRA UN GORDO PROBLEMA”		
OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD
Lograr que las madres adquieran conocimientos generales para la prevención de la obesidad infantil.	Definición Causas Características Diagnóstico Consecuencias Tratamiento Prevención	Presentación de ponentes. Exposición participativa Trabajo en grupo
RETROALIMENTACIÓN		
Lograr que las madres adquieran conocimientos generales para la prevención de la obesidad infantil.	Preguntas relacionadas con los temas realizados.	
EVALUACIÓN		
Lograr que las madres adquieran conocimientos generales para la prevención de la obesidad infantil.	Aplicación del post test a través de un instrumento.	

SEGUNDA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL NIÑO

Nombre de la sesión: “JUNTOS CONTRA UN GORDO PROBLEMA”		
OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre alimentación saludable del niño para la prevención de la obesidad infantil.	Definición Importancia Grupo de alimentos Necesidad de las proteínas, carnes, leche, alimentos con fibra, aceites esenciales Alimentos en el desayuno, almuerzo y la cena. Ingesta de alimentos, carne, leche, frutas o verduras, aceite Porción de alimentos en el desayuno, almuerzo y cena Alimentos que no debe consumir	Presentación de ponentes. Lluvia de ideas Trabajo en grupo Exposición participativa Sesiones demostrativas
RETROALIMENTACIÓN		
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre alimentación saludable del niño para la prevención de la obesidad infantil.		
EVALUACIÓN		
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre alimentación saludable del niño para la prevención de la obesidad infantil.	Aplicación del post test a través de un instrumento.	

TERCERA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

LONCHERA SALUDABLE

NOMBRE DE LA SESIÓN: “JUNTOS CONTRA UN GORDO PROBLEMA”		
OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre lonchera saludable para la prevención de la obesidad infantil.	Importancia. Alimentos de una lonchera saludable Numero de alimentos y alimentos prohibidos Tipo de alimentos, sándwich, bebidas y cantidad.	Presentación de ponentes. Lluvia de ideas Trabajo en grupo Exposición participativa Sesiones demostrativas
RETROALIMENTACIÓN		
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre lonchera saludable para la prevención de la obesidad infantil		
EVALUACIÓN		
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre lonchera saludable para la prevención de la obesidad infantil	Aplicación del post test a través de un instrumento.	

CUARTA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS

NOMBRE DE LA SESIÓN: “JUNTOS CONTRA UN GORDO PROBLEMA”		
OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre actividad física para la prevención de la obesidad infantil.	Importancia Intensidad Tipo y juegos Tipo de actividad física, tiempo, tipo de ejercicios y tiempo de recreación	Presentación de ponentes. Lluvia de ideas Trabajo en grupo Exposición participativa
RETROALIMENTACIÓN		
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre actividad física para la prevención de la obesidad infantil.		
EVALUACIÓN		
Lograr que las madres mejoren su conocimiento y prácticas sobre actividad física para la prevención de la obesidad infantil.	Aplicación del post test a través de un instrumento.	