

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA

TESIS PROFESIONAL

INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR
EN EL DESARROLLO DE LA OBESIDAD
DE UN NIÑO DEL MUNICIPIO DE
ACAPETAHUA, CHIAPAS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LUCIA SALINAS RAMOS

DIRECTOR DE TESIS

ISC. JOSUÉ GILDARDO RABANALES CAMPOS



Villa de Acapetahua, Chiapas

Mayo 2024

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** elevo mi más sincero agradecimiento por ser la fuente de mi sabiduría, fortaleza e inspiración. Gracias por guiar mis pasos a lo largo de este camino y por permitirme alcanzar este logro.

A mis padres **Sr. Gilberto Salinas Morales** y **Sra. Lucia Ramos Noriega** por su amor incondicional, apoyo constante y por ser mi fuente de inspiración en todo momento. Gracias por creer en mí y por enseñarme el valor de la perseverancia y la dedicación.

A mí director **ISC. Josué Gildardo Rabanales Campos** y a mí revisor de tesis el **M.C. Emanuel Rivas Robles** por su invaluable guía, paciencia y por compartir sus conocimientos y experiencia. Gracias por su tiempo, por sus consejos y por ayudarme a mejorar mi trabajo.

Finalmente, quiero agradecer a la vida por brindarme la oportunidad de aprender de crecer y de alcanzar este objetivo.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
06 de mayo del 2024

C. Lucía Salinas Ramos

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Influencia del entorno familiar en el desarrollo de la obesidad de un niño del municipio de

Acapetahua, Chiapas

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Cielo del Rocío Morales Rojas

M.C. Emanuel Rivas Robles

Ing. Josué Gildardo Rabanales Campos

Firmas:





Ccp. Expediente



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVO	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
MARCO TEÓRICO	6
Antecedentes.....	6
Definición de obesidad.....	7
Obesidad infantil	7
Factores determinantes de la obesidad Infantil	8
Estilo de vida	8
La obesidad como un factor de riesgo en la salud.....	9
Factores que pueden desencadenar la obesidad	9
La causa fundamental de la obesidad	10
Tipos de obesidad	11
Principales enfermedades asociadas con la obesidad	11
Problemas ocasionados por la obesidad infantil.....	12
Alimentación en niños con obesidad	12
Hábitos alimenticios en niños con obesidad	12
Los hábitos alimenticios asociados al estado emocional de los niños...	13
Actividad física.....	13
Tipos de actividad física.....	14
Índice de masa corporal (IMC).....	16
Nivel socioeconómico y aumento de peso.....	16
Entorno familiar.....	17
Actividades sedentarias	18
El rol de los padres en la alimentación	18
Promover la participación familiar	19

La obesidad puede prevenirse.....	19
Alimentación saludable	19
Modificación conductual y/o tratamiento psicológico	20
Recomendaciones para implementar intervenciones de obesidad	20
Recomendaciones para promover actividad física	20
Tratamiento conductual basado en el individuo y la familia	21
Recomendaciones y sugerencias para una nutrición saludable	21
Clasificación de los alimentos.....	22
El plato del bien comer representa tres grupos de alimentos	22
La alimentación correcta.....	23
Recomendaciones para integrar una alimentación correcta	24
Ejemplo de menú.....	24
Jarra del buen beber.....	24
Planes de cuidado para el niño.....	25
Cuidados en la alimentación.....	25
Ejercicios aeróbicos.....	26
Actividad física moderada.....	26
Balance energético en niños.....	26
HIPÓTESIS	28
METODOLOGÍA	29
Diseño de la investigación	29
Descripción del sujeto.....	29
Muestreo.....	30
Variables.....	31
Instrumento de medición.....	31
Descripción de técnicas utilizadas	31
<input type="checkbox"/> Diario de campo.....	31
<input type="checkbox"/> La observación no participante	32
<input type="checkbox"/> Entrevista personal	33
<input type="checkbox"/> Índice de Masa Corporal (IMC)	34
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	35

a) Hábitos alimenticios del niño y observación de la actividad física.	35
b) Nivel socioeconómico de la madre y su relación con los hábitos alimenticios.	39
c) Estrategias de prevención a la obesidad a las que tiene acceso.	40
d) Índice de Masa Corporal del del niño.	42
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
GLOSARIO	46
REFERENCIAS DOCUMENTALES	48
ANEXOS	53

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Plato del buen comer.	22
Figura 2. Consumo promedio de alimentos del niño.	35
Figura 3. IMC del niño escolar.....	42

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Factores de riesgo asociados con la obesidad.....	10
Tabla 2. Recomendaciones de actividad física.	14
Tabla 3. Clasificación del sobrepeso y la obesidad según el índice de masa corporal.	16
Tabla 4. Mediciones antropométricas e ingesta alimentaria en niños según el nivel socioeconómico.....	17
Tabla 5. Hábitos alimenticios del niño.	35
Tabla 6. Estrategias de prevención a la obesidad a las que se tiene acceso.	40

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue de mucha importancia ya que se centró en los hábitos alimenticios de un niño con obesidad, que es uno de los problema de salud más destacados esto se debe a la mala alimentación y la falta de actividad física, que tiene consecuencias graves como infartos y en ocasiones puede causar la muerte a una temprana edad por lo cual es necesario implementar estrategias para cambiar los malos hábitos alimenticios e implementar actividades deportivas para que los niños lleven un buen estilo de vida saludable.

Rivera-Dommarco, Juan, Hernández-Ávila, Mauricio, Aguilar-Salinas, Carlos y Vadillo-Ortega, Felipe en (2013) dicen que la obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos, por otro lado, Lazos-Farrera, (2015) indica que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años es de 16.7%, en adolescentes es de 26.9% y seis de cada diez adultos mayores de 20 años presentan este problema de salud pública que va en aumento y afecta principalmente a los niños de zonas urbanas. La población obesa abarca actualmente 13.6% en comparación de hace diez años, en los municipios de Tuxtla, Villa Flores, Comitán y Tapachula. Se utilizó el paradigma cualitativo porque se plantea información con objetividad, claridad y precisión acerca de observaciones del mundo social, por medio de un conjunto de técnicas o métodos como las entrevistas, las historias de vida, el estudio de caso o el análisis documental, porque se describe el estilo de vida de un niño y cuestiones relacionadas a la actividad física y sus hábitos alimenticios.

En este trabajo se utilizó el paradigma cualitativo porque se plantea información con objetividad, claridad y precisión acerca de observaciones del mundo social, por medio de un conjunto de técnicas o métodos como las entrevistas, las historias de vida, el estudio de caso en el que se describe la influencia del entorno familiar en el desarrollo de la obesidad de un niño.

Se preciaron malos hábitos, durante las comidas el niño se distrae, tiene mal ejemplo en casa, come cantidades inadecuadas, consumo de líquidos azucarados y no tiene horarios fijos para comer, por otro lado, se aprecia preferencia en la ingesta de alimentos procesados. El nivel socioeconómico bajo determina los alimentos que se consumen. Las estrategias de prevención de la obesidad desde las dimensiones familiar, comunitario e individual tienen un promedio de incumplimiento de 87%. El niño tiene un IMC >30 por lo que se puede afirmar que el niño es obeso.

La obesidad del niño (IMC >30) es producto de una compleja interacción entre malos hábitos alimenticios, un entorno familiar poco favorable y un bajo nivel socioeconómico que limita el acceso a una dieta sana y el bajo cumplimiento de las estrategias de prevención de la obesidad agrava la situación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el municipio de Villa de Acapetahua Chiapas, que se localizó al sur del estado de Chiapas entre las coordenadas 15°17' de latitud norte, y 92°41' de longitud oeste; a una altura de 30 msnm. En la cual existe un niño con obesidad de 8 años que cursa el tercer grado de primaria en la escuela "Centro Escolar Juan Escutia" de este municipio, dadas las condiciones que anteceden el estilo de vida del niño no es el adecuado para su salud lo que ha llevado al niño tener un problema de obesidad infantil, ya que tanto el niño como los integrantes de la familia no tienen el conocimiento ni el nivel socioeconómico adecuado de que es la obesidad infantil, ya que en los últimos años ha incrementado a un más esta enfermedad y tampoco no se le ha dado la importancia que debería.

En este caso se observó que el niño no acostumbra el ejercicio físico, esto acompañado con una alimentación inadecuada debido a una ingesta excesiva de alimentos con grasa, comida chatarra, estilo de vida sedentario, falta de atención por parte de sus familiares con un nivel socioeconómico bajo.

Así mismo, es importante hacer énfasis en el conocimiento del plato del buen comer y de las actividades físicas que el niño tiene que realizar ya que no todos los padres tienen el tiempo necesario para ocuparse en su alimentación balanceada y menos si es la madre quien tiene que trabajar para sostenerlo económicamente y dejarlo a cargo de un adulto mayor. La situación antes mencionada me lleva a hacerme la pregunta de investigación: ¿Cuál es el estilo de vida del niño y que rol juega la familia en el estilo de vida del niño?

JUSTIFICACIÓN

En esta investigación se realizó la descripción del estilo de vida del niño con obesidad, el cual beneficia al niño y a su madre ya que en esta edad los niños presentan un aumento de peso, por lo tanto es necesario que sepa del problema que es estar en sobre peso ya que con lleva a tener o desarrollar dichas enfermedades como la diabetes mellitus o problemas cardiovasculares como infartos y así mismo la madre tiene que estar fundamentada para que ella pueda cuidar de su alimentación dándole información del plato del buen comer y también decirles que llevar una vida de sedentarismo complica más las cosas por lo que deben practicar más el ejercicio y pueda disminuir la obesidad.

Ya que el beneficiario sería el niño el cual no sufriría de burlas, pena, miedo y de sufrir ciertas enfermedades cardiovasculares o diabetes relacionadas con la obesidad que presenta por el mal hábito alimenticio. Este trabajo aporta información sobre la obesidad infantil en niños así mismo conociendo las fuentes necesarias para darle información adecuada a la madre las cuales seria que tenga conocimiento sobre la alimentación a través de la enseñanza del plato del buen comer, qué disminuya la ingesta calórica como el consumo de comida chatarras, refrescos o azúcares en exceso y por último complementarlo con actividades físicas.

Realizar la presente investigación permite desarrollar intervenciones aplica el pensamiento crítico y los conocimientos técnicos, humanísticos y con enfoque intercultural con las siguientes competencias profesionales: vincula conocimientos técnicos, científicos, humanísticos y socioculturales como proveedor del cuidado, promotor, investigador y educador en las áreas de la salud, desarrolla competencias formativas durante la práctica profesional para resolver problemas y situaciones relacionados directamente con la salud en situaciones de riesgo. Valora el estado de salud, elabora planes de cuidados y suministra la atención a la persona, familia y/o comunidad.

OBJETIVO

Objetivo general

Analizar la influencia del entorno familiar en el desarrollo de la obesidad de un niño del municipio de Acapetahua, Chiapas.

Objetivos específicos

- a. Describir el hábito alimenticio del niño y observar su actividad física.
- b. Describir el nivel socioeconómico de la madre y su relación con los hábitos alimenticios.
- c. Mencionar las estrategias de prevención a la obesidad a las que tiene acceso.
- d. Evaluar el índice de masa corporal del niño después de haberlo concientizado respecto al hábito alimenticio.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Pérez, Rodríguez-Martín, Ruíz, Nieto y Campoy en (2010) describieron el hábito alimenticio del niño y observaron su actividad física para analizar la influencia que tienen los principales factores de riesgo modificables tales como hábitos dietéticos, actividad física y sedentarismo sobre el estado de sobrepeso y obesidad en una población infantojuvenil mediante un estudio observacional transversal sobre una muestra representativa de la población infantojuvenil con edades comprendidas de 3 a 16 años en el cual los resultados avalan como los antecedentes familiares y estilos de vida influyen en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y obesidad infantil.

González-Cabriles en (2009) describió el nivel socioeconómico de la madre y su relación con los hábitos alimenticios, el comportamiento alimentario de la familia del paciente obeso: es una categoría emergente que considera el sistema cultural, valores, creencias, costumbres y la disponibilidad económica para comprar los alimentos en el cual se usó un estudio transversal y descriptivo donde se estudiaron los datos socioeconómicos de 295 familia con niños, utilizando la distribución de frecuencia para analizarlos mediante el programa “Paquete Estadístico para las Ciencias (SPSS)” evaluando la dinámica familiar en dos casos y aplicada en la entrevista a profundidad en el hogar, dando la clasificación de las familias, los datos y la información obtenida a través de la cual coinciden que la obesidad infantil está inmersa en familias pobres y en hogares de estatus social IV (pobreza relativa).

Águila-Villar, (2017) menciona las estrategias de prevención a la obesidad que aplica a los padres (plato del buen comer), describieron 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, observando que los niños que consumían más proteína tenían una rápida velocidad de crecimiento y por lo tanto mayor riesgo a obesidad,

indicaron que la atención correcta de la obesidad y el sobrepeso requieren la formulación y coordinación de estrategias multisectoriales y eficientes que permitan potenciar los factores de protección hacia la salud, para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario.

Mabel en el (2010) indicó que los planes de cuidados en la ingesta calórica para disminuir el mal hábito alimenticio analizando cómo y por qué determinados comportamientos alimentarios se han convertido en problemas sociales y de qué forma se ha ido construyendo la normalidad dietética y corporal evaluando las conductas individuales y en particular, los hábitos alimentarios los estilos de vida y la cultura, también de cómo se producen estandarizan y aplican los actuales patrones de promoción de la salud. La educación nutricional se ha entendido y sigue entendiéndose fundamentalmente, como proporcionar información orientada a lograr una dieta equilibrada.

Definición de obesidad

La obesidad es definida como una acumulación anormal excesiva de grasa perjudicial para la salud la cual induce cambios en diversos procesos metabólicos y endocrinos que alteran la producción de diversas hormonas y citosinas, las que a su vez pueden propiciar el desarrollo de la inflamación crónica y el estrés oxidativo, procesos que favorecen el establecimiento de un microambiente ideal para el desarrollo del cáncer (Herrera-Covarrubias, Deissy, Coria-Ávila, Genaro Alfonso, Fernández-Pomares, Cynthia, Aranda-Abreu, Gonzalo E, Manzó-Denes, Jorge, Hernández, 2015).

Obesidad infantil

La obesidad infantil, es un proceso metabólico en el que se produce una acumulación de grasa excesiva en relación con el promedio normal para su edad, sexo y talla. Se diagnostica obesidad cuando el niño sobrepasa el 20% de su peso ideal. Un niño/a, se pueden considerar obeso/a, cuando su peso sobrepasa el 20%

de su peso ideal. Los niños que comienzan con una obesidad entre los seis meses y siete años de vida el porcentaje de los que seguirán siendo obesos en la edad adulta es del 40%, mientras que para los que comenzaron entre los diez y trece años, las probabilidades son 70%, porque las células que almacenan grasa (adipocitos) se multiplican en esta etapa de la vida, por lo cual aumenta la posibilidad del niño de ser obeso cuando sea adulto (Castillo-Pompa, 2011).

Factores determinantes de la obesidad infantil

El desarrollo del sobrepeso y la obesidad durante los primeros años de vida, se ve influenciado tanto por las características del niño, como por factores relativos a los padres y al ambiente familiar. La obesidad infantil se desarrolla cuando el sistema auto regulatorio del cuerpo no logra ajustar las influencias ambientales relativas a los antecedentes genéticos de la persona. Debido a que el patrimonio genético no puede modificarse en menos de una generación, es posible que los cambios en la nutrición y el estilo de vida sean factores decisivos de la epidemia actual de obesidad (Hernández-Gil, 2010).

Estilo de vida

Es probable que las características epidemiológicas que ha alcanzado la obesidad, tengan su origen en la conjunción de diferentes factores entre los que destacan: la reducción de la actividad física, un mayor consumo de las calorías o la combinación de ambas situaciones. En los niños se ha comprobado que algunos hábitos generan un mayor riesgo de obesidad. Entre los estudios sobre la influencia que tiene la actividad física en la génesis y prevención de la obesidad destaca uno de carácter epidemiológico (nivel II de evidencia), realizado con 7.216 niños de 7 a 11 años de edad, cuyos resultados apoyan la asociación entre inactividad física y obesidad. Las horas que se pasan frente al televisor también son un factor de riesgo adicional (nivel II de evidencia), como lo sugiere un estudio con 700 niños de 10 a 15 años seguidos durante cuatro años: los que observaron la TV por más de cinco horas al día fueron cinco veces susceptibles al sobrepeso que los que lo hacen menos de

dos horas al día. También se observó que el tener una TV en la recámara predispone más al desarrollo de obesidad (Perea-Martínez et al., 2009).

La obesidad como un factor de riesgo en la salud

En la actualidad, la obesidad es considerada dentro del grupo de enfermedades crónicas que afectan a la población infantil y adulta de muchos países. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año fallecen 3.4 millones de personas por consecuencias del sobrepeso u obesidad. Personas con un índice de masa corporal superior a 30, presentan cierto aumento en la incidencia de algunas enfermedades entre las que se encuentran algunos tipos de cánceres (Herrera-Covarrubias et al., 2015).

Las medidas de prevención de la obesidad infantil tienen que integrarse plenamente en otras medidas destinadas a controlar los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT), como el consumo de tabaco y alcohol, las dietas malsanas y la escasa actividad física. Para ello es necesario intervenir en todos los niveles de la sociedad: comunidades, gobiernos, organizaciones privadas y organizaciones no gubernamentales (OMS, 2016).

Factores que pueden desencadenar la obesidad

Hereditarios. Se ha demostrado una cierta relación familiar. El riesgo de llegar a ser obeso aumenta cuando los miembros de la familia son obesos.

Hormonales. Algunos desordenes hormonales se han relacionado con la obesidad, como la insulina, hormona del crecimiento, leptina, hormonas esteroideas y hormonas tiroideas.

Psicosociales y ambientales. Es probable que si el niño come por ansiedad sea porque existe un problema familiar de fondo (desunión familiar, alcoholismo), tabla 1 (Lazos-Farrera, 2015).

Tabla 1. Factores de riesgo asociados con la obesidad.

Factores	Descripción
Maternos y fetales	1. Diabetes gestacional 2. Macrosomía (>4000 g) 3. Alimentación con fórmula láctea (mayor tasa que con lactancia materna)
Ambientales	1. Raza 2. Nivel socioeconómico bajo 3. Padres con bajo nivel educativo 4. Hogar de madre soltera. 5. Falta de acceso consistente a una alimentación saludable.
Asociados a los padres	1. 70% de riesgo de obesidad infantil si ambos padres son obesos 2. 50% de riesgos de obesidad infantil si uno de los padres es obeso. 3. 10% de riesgos de obesidad sin ninguno de los padres en obeso.

Fuente: Perea-Martínez et al., (2009).

La causa fundamental de la obesidad

La obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Con la información generada por organismos internacionales y por la Secretaría de Salud se ha insistido en que la obesidad, dependiendo de su gravedad y de su duración, puede transformarse en una enfermedad procuradora de otras enfermedades, especialmente las crónicas degenerativas como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias enfermedades cardiovasculares especialmente la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales (Castellanos, 2013).

Tipos de obesidad

Androide, central o abdominal (en forma de manzana): el exceso de grasa se localiza preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de dislipidemias, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general. Ginoide o periférica (en forma de pera): la grasa se acumula básicamente en la cadera y en los muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla (genoartrosis). De distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo (Lazos-Farrera, 2015).

Principales enfermedades asociadas con la obesidad

Enfermedades más frecuentes en la obesidad

- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Dislipidemias: hipertrigliceridemia, aumento del colesterol LDL y disminución del colesterol HDL
- Cardiopatía isquémica
- Alteraciones osteoarticulares: coxofemoral, femorotibial, tobillo y columna
- Insuficiencia venosa en extremidades inferiores
- Accidentes cerebrovasculares
- Hiperuricemia y gota
- Enfermedades digestivas: esteatosis hepática, hernia de hiato y litiasis biliar
- Apneas del sueño
- Insuficiencia respiratoria
- Afecciones cutáneas (Aranceta et al., 2000).

Problemas ocasionados por la obesidad infantil

Los niños obesos están expuestos al estigma debido a su peso, lo que puede producir efectos psicológicos negativos, como estados depresivos o bien psicosociales, como el aislamiento. Las consecuencias de una predisposición negativa hacia niños obesos, tales como la hostilidad o la evitación social, podrían intensificar la obesidad a través de vulnerabilidades psicológicas que incrementan las probabilidades de sobrealimentación y vida sedentaria. Está claro que una predisposición negativa, los prejuicios y la discriminación son parte de la vida cotidiana de los niños con sobrepeso. Además, en la medida en que la incidencia de la obesidad infantil ha aumentado, también se han identificado otras consecuencias tales como la apnea obstructiva del sueño y problemas ortopédicos (Hernández-Gil, 2010).

Alimentación en niños con obesidad

La alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales, socioculturales que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo, así como una maduración biopsicosocial, es necesario que los niños adquieran durante esta etapa hábitos alimentarios saludables, por otro lado, la nutrición como proceso aporta energía para el funcionamiento corporal, regula procesos metabólicos que ayuda a prevenir enfermedades, los hábitos alimentarios de los niños ha ido desplazando a instancias como la familia, las escuela; promoviendo un consumo alimentario no saludable, ya que los niños son más susceptibles debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad (Macias-Martínez, Gordillo y Camacho, 2012).

Hábitos alimenticios en niños con obesidad

La conducta alimentaria de un niño obeso, incluyen una mayor dependencia de los alimentos preparados y las comidas rápidas a diferencia de niños que llevan una buena alimentación como son (tortas, empanadas, hot dog, chilaquiles) la falta de

consumo a las frutas y verduras, el aumento en el tamaño de las porciones, el tipo de composición y la calidad de los alimentos, incremento en el consumo de comida chatarra (sabritas, papas, dulces) y refrescos, así como tener ayunos prolongados, una vida sedentaria (no tener horarios fijos de comidas), también se encontró que “tomar agua, comer más rápido que la mayoría que las personas, dejar el plato vacío, contribuyen a padecer obesidad (Reséndiz-Barragán, Hernández-Altamirano, Sierra-Murguía y Torres-Tamayo, 2015).

Los hábitos alimenticios asociados al estado emocional de los niños

Los hábitos de alimentación están asociados al estado emocional de los niños, debido a que se come de manera desproporcionada cuando se está alegre, triste o enojado y cuando se experimenta soledad, frustración o estrés, por ejemplo, la disminución del hambre percibida y/o real, la satisfacción y gozo por el alimento consumido, la desaparición de la urgencia por consumir un alimento o de utilizarlo como mecanismo para la disminución de malestar emocional. Estas consecuencias “positivas” a corto plazo, hacen que los hábitos de alimentación no adecuados se mantengan, sin embargo, a largo plazo se presentan consecuencias negativas en la aparición de problemas de salud asociados al incremento de peso (Reséndiz-Barragán et al., 2015).

Actividad física

La actividad física precisada como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que deriva en un gasto de energía adicional al basal, puede ser clarificada tomando como referencia los Equivalentes Metabólicos o METs. Un METs es la tasa de consumo de energía en estado de reposo recibido se fijó en los adultos en 3.5 mililitros por kilogramo de peso corporal por minuto (mL/kg/min). En el caso de los niños la evidencia científica demuestra que los beneficios a nivel de la salud se alcanzan con actividades de intensidad moderada a vigorosa, es decir, de 3 a 6 Mets, cuya duración y frecuencia debe ser en el grupo de 5 a 12 años de

por lo menos 60 minutos y en adolescentes de al menos 30 minutos, de 5 o más días a la semana (Córdoba, 2013).

El ejercicio físico, combinado con una dieta correcta, son los dos ejes culturales para luchar contra la obesidad; la labor de la escuela consiste en educar a niñas, niños (Secretaría de Educación Pública, 2010) para transitar a una cultura del ejercicio físico y cuidado de la salud. Como parte del proceso de enseñanza y de aprendizaje debe fomentarse la activación física en la propia escuela, pero especialmente fuera de ella, durante el resto del día y durante los fines de semana, tabla 2 (Secretaría de Educación Pública, 2010).

Tipos de actividad física

Tabla 2. Recomendaciones de actividad física.

Tipos de actividad física	Niños	Adolescentes
Aeróbica Intensidad moderada	Actividades recreativas activas como caminatas de montaña, montar en monopatín, patinar montar bicicleta caminatas rápidas	Remar en canoas, caminatas de montaña, montar en monopatín, patinar Caminatas rápidas Montar bicicleta Tareas caseras y en el jardín Juegos que requieran lanzamientos
Aeróbica Intensidad alta	Juegos activos en que se deba correr y perseguir a alguien Montar bicicleta Saltar lazo Correr	Juegos activos en que se deban correr y perseguir a alguien Montar bicicleta Saltar lazo Correr

	Artes marciales ej. Karate Baloncesto, natación, tenis o gimnasia	Artes marciales ej. Karate Baloncesto, natación, tenis o gimnasia Futbol Baile vigoroso Aeróbicos
Fortalecimiento de músculos	Juegos como “tirar y aflojar una cuerda” Flexiones de brazos o lagartijas modificadas (con rodillas en el suelo) Ejercicios de resistencia utilizando el peso del cuerpo o bandas de resistencia Tregar árboles y cuerdas Hacer abdominales Suspenderse de las barras de los juegos infantiles	Juegos como “tirar y aflojar una cuerda” Flexiones de brazos o lagartijas modificadas (con rodillas en el suelo) Ejercicios de resistencia utilizando el peso del cuerpo o bandas de resistencia, máquinas de pesas de mano Escalar muros Hacer abdominales
Fortalecimiento de huesos	Juegos como la golosa Saltar y brincar Saltar la cuerda Correr Gimnasia, baloncesto, volibol y tenis	Saltar Saltar cuerda Correr

Fuente: Córdoba, (2013).

Índice de masa corporal (IMC)

La OMS ha propuesto una clasificación del grado de obesidad utilizando el índice ponderal como criterio: Normo peso: imc 18.5 – 24.9 Kg/m², sobrepeso: IMC 25-29 Kg/m², obesidad grado 1 con IMC 30-34 Kg/m², obesidad grado 2 con IMC 35-39.9, obesidad grado 3 con IMC >= 40, obesidad de tipo (extrema) con IMC >50. Es importante conocer las consecuencias comunes del sobrepeso y la obesidad para la salud el IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como: enfermedades cardiovasculares, la diabetes; los trastornos del aparato locomotor, enfermedad degenerativa de las articulaciones. El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC, tabla 3 (Lazos-Farrera, 2015).

Tabla 3. Clasificación del sobrepeso y la obesidad según el índice de masa corporal.

Clasificación del sobrepeso y la obesidad	Valores límites del IMC (Kg/m)
Peso suficiente	<18.5
Normo peso	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25-26.9
Sobrepeso grado II (pre obesidad)	27-29.9
Obesidad de tipo I	30-34.9
Obesidad de tipo II	35-39.9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40-49.9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

Fuente: Aranceta et al., (2000).

Nivel socioeconómico y aumento de peso

La relación entre nivel socioeconómico y aumento del peso es un tema en discusión y de relevancia en la actualidad, que influye en la clasificación de las familias,

coinciden en que la obesidad infantil está inmersa en familias pobres y en hogares de estatus social IV (pobreza relativa). En relación a la distribución del ingreso familiar, el gasto en alimentación de las familias la experiencia en la atención familiar evidencia esta misma situación en otras familias en condiciones de pobreza, lo cual no significa un consumo real de alimentos de calidad y posiblemente es producto del escaso conocimiento en nutrición sana y la ausencia de organización en la compra de alimentos, tabla 4 (González-Cabriles, 2009).

Tabla 4. Mediciones antropométricas e ingesta alimentaria en niños según el nivel socioeconómico.

Variable	Menor NSE Mediana (p25-75)	Mayor NSE Mediana (p25-75)	p-value
IMC (Kg/m)	17.4(16.3-20)	18.2(16.4-20.3)	0.218
Pliegue subescapular (mm)	8.0 (5.8-12.1)	9 (6.3-13.6)	0.218
Pliegue tricípital (mm)	10.5(8.1-15)	12.1(8.5-15.3)	0.435
Circunf brazo(cm)	20.1(19.1-23.1)	20.6(19-23.2)	0.506
Calorías	1672(1472-1828)	1757(1543-2031)	0.217
(CHO)(g)	247(218-282)	256(225-309)	0.342
Proteínas (g)	58(50-66)	59(52-73)	0.342
Lípidos	49(41-63)	55(45-70)	0.129

Fuente: Adjemian, Bustos y Amigo, (2007).

Entorno familiar

Además de la actividad física y los hábitos alimentarios, es importante destacar el rol que desempeña el entorno familiar en la adherencia a los programas de

intervención y promoción en estilos de vida saludable, se ha demostrado que es más eficiente cuando se involucra a la familia, porque además de ser la encargada en gran medida de la alimentación de los niños y los adolescentes, brinda apoyo emocional y psicológico que permite alcanzar las metas planteadas en el programa (Ladino-Meléndez, Liliana, Sepúlveda-Valvueda, 2013).

Actividades sedentarias

Realizar actividades sedentarias o actividades frente a una pantalla máximo 2 horas diarias, no se recomienda, además se sugiere retirar el televisor del área donde se ingieren los alimentos. Estudios evaluaron el tiempo frente a una pantalla, la actividad física y el estado nutricional en niños, reportaron que los niños que dedican mayor tiempo a actividades frente a una pantalla tienen dos veces más riesgo de presentar sobrepeso, y además refieren disminución en el riesgo de presentar exceso de peso en los niños que son más activos (Ladino-Meléndez, Liliana, Sepúlveda-Valvueda, 2013).

El sedentarismo de estos grupos emergentes también parece ser una nueva característica de estos segmentos poblacionales. Esto se confirma por el hecho que en estos grupos se observa un aumento de bienes de consumo familiar como: televisión, computadores personales y vehículos, entre otros que incentivan una menor actividad física (Adjemian et al., 2007).

El rol de los padres en la alimentación

La familia del niño obeso, generalmente se encuentran ocupados, en su mayoría en el sector formal de la economía. Ambos padres se desempeñan fundamentalmente como obreros, el rol del padre es el que genera ingresos, y la madre el de ama de casa por lo tanto el ingreso familiar se usa para cubrir mayormente los gastos de alimentación, en el cual el jefe de hogar decide que alimentos debe comprar independientemente, si este es obeso, que podría modelar conductas reforzadoras del problema nutricional (González-Cabriles, 2009).

Promover la participación familiar

Recomiendan que el equipo de salud promueva la participación y apoyo de la familia durante el proceso terapéutico, motivando la adquisición de hábitos saludables. Para lograrlo, sería necesario que el equipo explique a la familia la importancia de que todos los miembros participen y también de incluir a otros cuidadores en los controles, para comprender el problema y los riesgos. Señalan la necesidad de promover la convivencia familiar al momento de las comidas (García, Aspillaga, Cruzat-Mandich y Barja, 2017).

La obesidad puede prevenirse

En el mundo se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipocalóricos, ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes la conducta alimentaria será determinante en el proceso de aumento de peso; el niño por lo general comerá de forma acelerada, lo que aumenta la probabilidad de incrementar el peso. Inclusive son niños que comen aun cuando han alcanzado la saciedad (Lazos-Farrera, 2015).

Alimentación saludable

La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable si cumpliera con estas sencillas pautas:

- Reducir el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados.
- Asegurar que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a alimentos sanos y nutritivos.
- Poner en práctica una comercialización responsable.
- Asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo (Lazos-Farrera, 2015).

Modificación conductual y/o tratamiento psicológico

El tratamiento de modificación conductual desempeña un papel muy importante en el cambio de hábitos, y se puede enfocar de forma individualizada o familiar. Su función es dar apoyo al paciente obeso, motivando a seguir el programa de pérdida de peso, descartar la responsabilidad (la culpa) de ser un niño obeso, proporcionar estímulos positivos valorando más los éxitos y destacando menos los aspectos negativos, afianzar los hábitos alimentarios y de actividad física aprendidos, ganar en autoestima y disminuir la ansiedad (Aranceta et al., 2000).

Recomendaciones para implementar intervenciones de obesidad

Realizar pequeños cambios uno a la vez, tales como limitar el consumo de comida rápida, ingerir alimentos bajos en grasa y azúcar; limitar el consumo de bebidas endulzadas o reducir el tamaño de las porciones que acostumbra, es indispensable realizar un buen interrogatorio y proponer cambios con base a la información obtenida. Se sugiere iniciar con los cambios más viables y terminar con los hábitos menos saludables y más arraigados, incentivar patrones de alimentación saludable en la casa y en la escuela, ofreciendo refrigerios saludables tales como frutas, verduras, cereales integrales y lácteos con bajo contenido de grasa y azúcar, evitar relacionar los alimentos con situaciones afectivas, llevar a cabo una consulta nutricional agradable y cálida, sin agresiones, por medio de técnicas de aprendizaje aptas para la edad del paciente (Perea-Martínez et al., 2009).

Recomendaciones para promover actividad física

Combinar más actividad física, menos conducta sedentaria y modificar la alimentación, incrementar el gasto energético mediante la reducción de la conducta sedentaria y no sólo incrementar la actividad física en forma gradual, motivar a toda la familia a ocuparse en diferentes actividades físicas a fin de promover la adquisición de buena condición física, incrementar la actividad cotidiana, aumentando salidas familiares al parque; si los padres están preocupados por las

actividades de sus hijos fuera de su casa, sugerir actividades dentro de ésta. “juego por la salud y la vida, sugerir recompensas (no alimentos) por la actividad física realizada (Perea-Martínez et al., 2009).

Tratamiento conductual basado en el individuo y la familia

La asistencia se basa en el concepto de que la familia provee el principal ambiente de aprendizaje para el niño, que se logra a través del ejemplo de los adultos, la retroalimentación y la instrucción constante sobre los hábitos alimenticios apropiados y de actividad física. Las intervenciones basadas en la familia pueden involucrar a los niños y a los padres o sólo a los padres. Las propuestas enfocadas a los padres y a los niños han demostrado que los cambios en el peso corporal de los primeros es un elemento que predice cambios en el peso de los niños (Perea-Martínez et al., 2009).

Se recomienda que para el tratamiento de la obesidad infantil se constituya un programa multidisciplinar actuando sobre el paciente y su entorno (principalmente su familia). El objetivo es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales, para ello se deben reorganizar los hábitos de vida, tanto en la alimentación como sobre la actividad física, haciendo educación nutricional, disminuyendo la ingesta, aumentando el gasto calórico mediante la actividad física y favorecer la modificación de las conductas, adquiriendo habilidades que ayuden a mantener las mejoras alcanzadas, sobre todo en estas edades para poder actuar cuanto antes y modificar los estilos de vida (Ibaibarriaga-Parrilla, 2016).

Recomendaciones y sugerencias para una nutrición saludable

Ofrecer programas alimentarios escolares que incrementen la disponibilidad de alimentos saludables que cumplan requisitos nutricionales mínimos. Disponer de máquinas expendedoras que solo vendan alimentos saludables, como agua, leche, frutas, verduras, sándwiches y refrigerios con pocas grasas. Ofrecer a los estudiantes y al personal servicios que ayuden a fomentar la salud y el bienestar

escolar. Usar los jardines de la escuela como instrumento para concienciar a los alumnos sobre el origen de los alimentos. Fomentar la participación de los padres. Promocionar la actividad física en la escuela: ofrecer clases diarias de educación física con actividades variadas adaptadas a las necesidades, intereses y capacidades del máximo número de estudiantes. Es recomendable dietas balanceadas que ofrezcan las vitaminas y minerales necesarias para el cuerpo. El ejercicio permite reducir las grasas sin modificar la velocidad de crecimiento, mejora el grado de aceptación, elevación de autoestima y la sensación de aceptación. Para esta actividad el infante impondrá su ritmo, tiempo y aceptación de la práctica diaria, (Lazos-Farrera, 2015)

Clasificación de los alimentos



Figura 1. Plato del buen comer (OMS, 2013).

El plato del bien comer representa tres grupos de alimentos

Verduras y frutas son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud. Los cereales y tubérculos son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr,

trabajar, jugar, estudiar, bailar, entre otros, también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros. Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos. Los alimentos de cada grupo tienen la misma función, por eso es importante combinarlos y variarlos para asegurar que recibimos la energía y nutrimentos que necesitamos (OMS, 2013).

El área del plato del bien comer, busca mejorar la dieta alimentaria de los estudiantes y sus familias por medio del incremento en la ingesta de verduras, frutas y agua simple. El área de actividad física pretende que los alumnos realicen los 60 minutos de actividad física diarios que recomienda la Organización Mundial de la Salud para prevenir enfermedades relacionadas con la inactividad física. Finalmente, el área psicosocial centra sus labores en lograr que los estudiantes identifiquen los factores personales, familiares, escolares y sociales que intervienen en su conducta alimentaria y actividad física, con el objetivo de detectar los aspectos que pueden obstaculizar el desarrollo de un estilo de vida saludable (Bustamante, 2014).

La alimentación correcta

Una alimentación para ser saludable debe ser variada en alimentos y equilibrada para ayudar a promover la salud y prevenir las enfermedades de nutricionales. Cuando se habla de una alimentación variada significa que hay que preparar comidas con diferentes tipos de alimentos todos los días en la casa o en la escuela. Cuando se habla de equilibrada significa que en los menús preparados se encuentran el contenido de los nutrientes que el cuerpo necesita para realizar sus funciones vitales (Serafin, 2012).

Recomendaciones para integrar una alimentación correcta

Incluye al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas diarias. Come la mayor variedad posible de alimentos evitando los líquidos azucarados, las galletitas o los caramelos, los alimentos industrializados recordar que los adultos son los responsables de elegir las comidas, pero siempre deben respetar las decisiones de los niños en cuanto a la cantidad que desean consumir y organizar los horarios de la comida del niño/a. Establecer el desayuno como comida importante en la rutina de la familia, ofreciendo alimentos saludables, variados, servir porciones adecuadas al sexo y la edad. No premiar ni castigar con comida. Variar el color, la forma, el sabor de los alimentos ofrecidos y la modalidad de cocción de los alimentos, evitando las frituras (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Ejemplo de menú

Desayuno cereal 2do grupo fruta 1er grupo leche 3er grupo colación: Manzana 1er. grupo comida arroz o pasta 2do grupo carne asada 3er. grupo ensalada de verduras 1er. grupo Fruta 1er. grupo Tortilla 2do grupo Colación: Ensalada de chayote 1er. grupo cena Huevo a la mexicana 1er. y 3er. grupo frijoles de la olla 3er. grupo fruta 1er. grupo café con leche 3er. grupo pan o tortilla 2do. grupo (OMS, 2013).

Jarra del buen beber

Nivel 6.- refrescos, concentrados de jugos y otras bebidas altas en azúcares, representados por 0 vasos, es decir, nunca debemos consumirlos porque además de que no nos nutren son dañinas para el organismo, es decir son cero saludables.

Nivel 5. Jugo de fruta 100% natural, leche entera, bebidas deportivas y bebidas alcohólicas, representado por no más de 1/2 vaso porque contienen altas cantidades de grasa o azúcar.

Nivel 4. Bebidas no calóricas, endulzadas con edulcorantes artificiales o sustitutos de azúcar, el consumo no debe exceder los 2 vasos. Estas bebidas son ricas en saborizantes y colorantes artificiales.

Nivel 3. Tés y café sin azúcar: representado por un máximo de 4 vasos. El té y el café proveen una variedad de antioxidantes y micro nutrientes como el fluoruro.

Nivel 2. Leche semidescremada y las bebidas de soya sin azúcar, prefiere la versión light, representa un máximo de 2 vasos, empezando a partir de los 2 años de edad.

Nivel 1. Agua simple: es el nivel que cuenta con más volumen de la jarra, representando 6 a 8 vasos. Es necesaria para el metabolismo, las funciones fisiológicas normales y también proporciona minerales esenciales (Álvarez, 2013).

Planes de cuidado para el niño

Para mantener el peso corporal en un rango saludable, es necesario equilibrar las calorías de los alimentos y bebidas con las calorías gastadas, combinando dieta, ejercicio y manejo conductual, asociándose con pérdida de peso significativa, disminución de grasa corporal y colesterol total (López-Morales, Pérez-Camargo, Ruíz-Fernández, Reyes-Iriar y Hernández-Méndez, 2013).

Los niños deben participar todos los días en una variedad de actividades acordes a su edad, favorecer las caminatas, reemplazar utilizar el ascensor por subir las escaleras y reducir el uso del transporte para distancias cortas. La actividad física representa un 15% del total del gasto energético, es importante orientar sobre la realización de actividad física ya que puede contribuir al aumento moderado de esta actividad (entre 2.5 h/semana en niños y niñas (López-Morales et al., 2013).

Cuidados en la alimentación

Se recomienda controlar el aporte calórico en relación al gasto de energía y evitar la carencia de vitaminas y micronutrientes, a través de una alimentación basada en el plato del bien comer. Se debe evitar la alimentación monótona y rica en grasas

saturadas e incrementar el consumo de verduras y frutas, el consumo moderado de cereales integrales, y leguminosas, limitando el consumo de azúcares refinados y de sal (López-Morales et al., 2013).

Ejercicios aeróbicos

La pérdida de masa grasa a través del ejercicio solo se consigue a través del ejercicio aeróbico con intensidades bajas y medias. La condición natural de los seres humanos de utilizar carbohidratos los primeros 90 a 120 minutos de ejercicio prolongado hacen que se secrete insulina que inhibe la lipólisis y se escatime la producción a partir de la oxidación de los ácidos grasos plasmáticos y de la grasa subcutánea. No obstante, el nivel de lipólisis se mantiene por encima de lo normal para facilitar una utilización como fuente de energía de la grasa en la última instancia del ejercicio prolongado. Por esto se recomienda que el ejercicio se realice en tiempo mayor a los 90 minutos y a intensidades bajas que no sobrepasen el 65% de la cantidad de oxígeno máximo (Bustamante, 2010).

Actividad física moderada

Es importante comprender que la intensidad moderada tiene un carácter relativo con respecto al nivel de condición física de cada persona. Por ejemplo, una persona con una mejor condición física deberá realizar la actividad con una intensidad absoluta más elevada que otra persona con peor condición física con el fin de sentir unas sensaciones similares de incremento del ritmo respiratorio, del ritmo cardíaco y de la temperatura, que son las características de la actividad física de intensidad moderada. Algunos ejemplos son: caminar a paso rápido, jugar al "corre que te alcanzo, saltar la cuerda jugar al fútbol (soccer), natación, bailar (Merino-Merino, Begoña, González-Briones, 2006).

Balance energético en niños

Al menos deben ser cinco las que se realicen cada día. De ellas tres deben ser más fuertes y soportar la mayor parte de la energía y nutrientes. En nuestra sociedad se

reconocen así el desayuno, la comida de mediodía y la cena. Las otras dos comidas son de sostén y más ligeras. Esta característica no debe propiciar el aporte de alimentos superfluos, deben ser comidas complementarias y en ellas se pueden aportar aquellos alimentos que requieren un mayor número de raciones diarias, como son la leche o derivados lácteos, la fruta y los cereales (Meyer, 2013).

HIPÓTESIS

Los malos hábitos alimenticios, el nivel socioeconómico, así como la mala ejecución de las estrategias de prevención provocan que un niño padezca obesidad.

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

En esta investigación se utilizó el paradigma cualitativo porque se plantea información con objetividad, claridad y precisión acerca de observaciones del mundo social, por medio de un conjunto de técnicas o métodos como las entrevistas, las historias de vida, el estudio de caso o el análisis documental (Monjé-Álvarez, 2011), porque se describe el estilo de vida de un niño y cuestiones relacionadas a la actividad física y sus hábitos alimenticios. Además, es un tipo de estudio de caso. Porque este tipo de investigaciones es apropiado en situaciones en las que se desea estudiar intensivamente características básicas, la situación actual e interacciones con el medio de una o unas pocas unidades tales como individuos, grupos, instituciones o comunidades (Tamayo-Tamayo, 2003), porque se describe el estilo de vida de un niño con obesidad de 8 años de edad de villa de Acapetahua, la actividad física que el realiza, el nivel socioeconómico de la madre y su relación con los hábitos alimenticios, se menciona las estrategias de prevención a la obesidad que aplican los padres (plato del buen comer) y evaluar el índice de masa corporal del niño después de haberlo concientizado respecto al habito alimenticio.

Descripción del sujeto

La razón por la cual decidimos realizar la presente investigación de un niño de 9 años fue porque el estilo de vida que lleva no es la adecuada para su edad y de acuerdo a ello tomamos el peso que fue de 59 kg con una talla de 1.34 mt, por lo tanto, su índice de masa corporal es de 32.96, es un niño con obesidad porque de acuerdo a la edad tiene 15 kg de más al que debe tener. Otro factor que influye es el parentesco de familia con obesidad por parte de ambos padres por lo tanto no lleva un estilo de vida saludable porque desde que el niño se levanta, se baña, se cepilla los dientes no desayuna, antes de irse a la escuela, su desayuno lo realiza a las 10 am en la hora de receso en ocasiones la madre se lo prepara y otras veces el niño lo compra en la escuela y consume en exceso refrescos embotellados al

igual que en el lapso de los horarios de desayuno al de la comida sus colaciones son sabritas, chicharrones, dulces, chocolate, galletas lo cual refleja que su alimentación no es la adecuada.

El factor que influye en el niño es el nivel socioeconómico debido a que no consume alimentos saludables por no tener el recurso suficiente para comprarlos es por ello; que se alimentan de lo que pueden comprar, por lo general consumen alimentos que no nutren y que son altos en grasas y carbohidratos por lo que su ingesta de calorías es muy elevada, provocando el aumento de peso y poniendo en riesgo su vida ya que por parte de la familia de la madre del niño y padre padecen obesidad y sobre todo porque el niño no hace actividad física más que solo un día y solo 2 horas él prefiere pasar todo el día viendo la televisión y al mismo tiempo comiendo comidas chatarras, en la escuela no practica los ejercicios que el profesor de educación física realiza ya que el niño tiene una fractura en el pie derecho desde hace un año por tal motivo su madre tuvo que meter un documento en la escuela para que el niño no hiciera los ejercicios que realizan en educación física y eso es aún más complicado para el niño porque eso será un impedimento para que él lo realice tomando en cuenta que su estilo de vida que el lleva no es el adecuado para su salud, por tanto, de acuerdo a su edad, peso y talla el peso ideal sería de 40 kg con un índice de masa corporal de 22.27.

Muestreo

La descripción del hábito alimenticio y actividad física, así como el nivel socioeconómico de la madre y las estrategias de prevención a la obesidad que aplica la madre se aplicará en la fecha del 1 al 17 de noviembre del 2017 y los planes de cuidados en la ingesta calórica para disminuir el mal hábito alimenticio se medirán el 1 de enero al 28 de febrero del 2018.

Variables

La presente investigación se describió el hábito alimenticio, el nivel socioeconómico de la madre y su relación con los hábitos alimenticios, mencionaron las estrategias de prevención a la obesidad que aplica la madre y la ingesta calórica aplicando la fórmula para obtener el índice de masa corporal (IMC).

Instrumento de medición

Para llevar a cabo la evaluación de las variables de la investigación se usaron los instrumentos: diario de campo, observación no participante, entrevistas personal, realizadas al paciente y la fórmula para determinar el IMC a través del peso y talla del niño.

Descripción de técnicas utilizadas

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron los propios de la investigación cualitativa. Pérez-Serrano (2001) dice que el diario de campo, observación no participante y entrevista personal son útiles en la obtención de datos en la investigación cualitativa.

- **Diario de campo**

El diario de campo son informes personales que se utilizan para recoger información sobre una base de cierta continuidad. Suele contener notas confidenciales sobre observaciones, sentimientos, reflexiones, interpretaciones, hipótesis o explicaciones. El diario refleja la experiencia vivida que se vierte en un escrito. La escritura de un diario no crea fenómenos cognitivos artificiales, sino que plasma vivencias interiores (Pérez-Serrano, 2001).

El diario de campo fue fechado con la finalidad de tener un control de los datos obtenidos, este instrumento fue escrito por el niño quién registraba sus actividades particularmente cual fue su alimentación por el periodo de un mes que comprende

desde enero y febrero del 2018 y así tener mayor confiabilidad en los resultados obtenidos.

El diario de campo se utilizó para redactar las actividades que el niño realiza de cómo es su alimentación y su actividad física que realiza desde que se levanta hasta que se duerme en el cual anota lo que hace, el tipo de alimentos que consume, ¿cuánto come?, ¿Qué desayuna ?, ¿Qué almuerza ?, ¿Qué cena ? y en que horarios lo realiza si dentro de los horarios de 10 am a 3 pm que es la hora de la comida, realiza colaciones que tipo y cuanto consume y si lo que consume le aporta nutrientes o si es comida chatarra ,también si cena o que es lo que consume en la noche, la finalidad del diario fue saber el hábito alimenticio y este método nos fue de gran utilidad por que el niño realizo su propio diario de alimentos anotando todo lo que el consumía al día, en el primer día mencionó que en el desayuno se come 2 platos de comida, 2 vasos de agua de naranja y en el lapso de las 10:30 a las 3:15 pm come una sabrita y un chocolate, se toma un vaso de agua y en el almuerzo se come 3 pescados fritos pequeños ,4 tostadas con queso, dos vasos de agua de naranja, una rebanada de pizza ½ quesadilla y un dulce, en la cena toma café con leche y 2 panes, anexo 1.

- **La observación no participante**

La observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conductas manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias. Hayner (1978) menciona que es un método más utilizado por quienes está orientados conductualmente este instrumento puede servir para determinar la aceptación de un grupo, a través de este se analizó conflictos familiares, eventos masivos (Roberto-Hernández, 1991).

El investigador intenta actuar como una cámara fotográfica, como una mente con manos que registra la naturaleza tal como ocurre, sin perturbarla. La objetividad consiste en que el observador se convierta casi en una en máquina que únicamente registre lo que ve y oye (Mohammad-Naghi, 2010).

La observación no participante nos sirvió de mucho ya que a través de esto pudimos percatarnos que el niño no tiene buenos hábitos alimenticios, consume mucho comida chatarra y en exceso, el mismo decide lo que quiere comer y la cantidad no respetando las ordenes de su mamá quien está a cargo de su alimentación es un niño muy imperativo, amoroso también el niño no practica actividad física ni en casa ni mucho menos en la escuela.

El niño sufre de problemas emocionales por la usencia de su papá, porque su mamá tiene una actual pareja por esas razones el niño tiende a caer en depresión y ese es un factor por el cual el niño consume alimentos en exceso y lleva ese estilo de vida.

- **Entrevista personal**

La entrevista es el proceso de interrogar o hacer preguntas a una persona con el fin de captar sus conocimientos y opiniones acerca de algo, con la finalidad de realizar algunas labores específicas con la información captada. En la entrevista personal el entrevistador pregunta al entrevistado y recibe de este la respuesta pertinente a la hipótesis de investigación (Rivas-Robles, 2016).

La entrevista personal se puede definir como entrevista cara a cara, en donde el entrevistador pregunta al entrevistado y recibe de este las respuestas pertinentes a las hipótesis de la investigación. Las preguntas y su secuencia demuestran el grado de estructuración de la entrevista. Las entrevistas personales pueden llevarse a cabo en el domicilio de las personas (casa por casa), en su lugar de trabajo, mediante intercepciones en la calle o en centros comerciales (Castalleda-Jiménez, 2001).

La entrevista fue personal ya que se le aplicó a la madre del niño en su respectivo domicilio la cual fue aplicada de forma de dialogo para generar un ambiente de confianza entre el entrevistador y entrevistado y se aplicó a las 18:00 a 20:30 horas del 1 al 8 de noviembre, al principio no fue fácil conseguir la información porque no había una relación de confianza, pero conforme al dialogo se obtuvieron buenos

resultados, tales como el saber que se encuentran en un bajo nivel socioeconómico, por lo que la madre del niño nos dio a conocer que su fuente de ingreso es la venta de tacos y quesadillas en la cual gana 150 pesos en un día y tiene a su cargo a sus dos hijos, su madre, abuela y dos tíos, una ventaja es que la casa donde habitan es propia, además menciono que lo que gana no le es suficiente para solventar los gastos de los que están a su cargo, por lo que limitan su alimentación comiendo para lo que alcance con esto se reflejó que el nivel socioeconómico influye mucho para que el niño no lleve un estilo de vida saludable .

Con respecto a la alimentación del niño, la madre mencionó que no sabía acerca del plato del plato del buen comer, pero si tiene una noción de que la alimentación debe ser balanceada y saludable, también dijo que consumía frutas y verduras dos veces por semana y mientras que las carnes y pescado las consumen tres veces por semana, con relación a lo mencionado dijo que estaba tratando de modificar su conducta alimentaria, evitando consumir mucha grasa, tales como son el caldo de pollo con exceso de grasa o consumir pechuga a la plancha sin usar aceite comestible, evitando el consumo de refrescos embotellados y sustituyéndolo por agua pura, anexo 2.

- **Índice de Masa Corporal (IMC)**

El índice de masa corporal criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado (se establece al dividir el peso corporal expresado en kilogramos, entre la estatura expresada en metros elevada al cuadrado). Permite determinar peso bajo o sobrepeso y la posibilidad de que exista obesidad (NOM-043, 2006). El índice de masa corporal se realizó para saber el grado de obesidad en que se encontraba el niño para ello se utilizó una cinta métrica en la cual calculamos la estatura y así se obtuvo la talla, asimismo una báscula con la que se pesó al niño y posteriormente se calculó el índice de masa corporal en el niño, con la siguiente fórmula dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (Mts)}$.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

a) Hábitos alimenticios del niño y observación de la actividad física.

Con apoyo de la observación no participante se registraron los malos hábitos alimenticios del niño. Se notó que durante las comidas el niño se distrae, tiene mal ejemplo en casa, come cantidades inadecuadas, consumo de líquidos (coca cola) y no tiene horarios fijos para comer, tabla 5.

Tabla 5. Hábitos alimenticios del niño.

Hábitos alimenticios	Sí	No
Distracción	X	-
Mal ejemplo	X	-
Salto de comida o cantidades inadecuadas	X	-
Consumo de líquidos	X	-
No tener horarios fijos	X	-

Para saber que come el niño durante el día se observaron y registraron sus hábitos, se observó que hay mayor incidencia en la ingesta de cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, así como refrescos y agua de sabor.

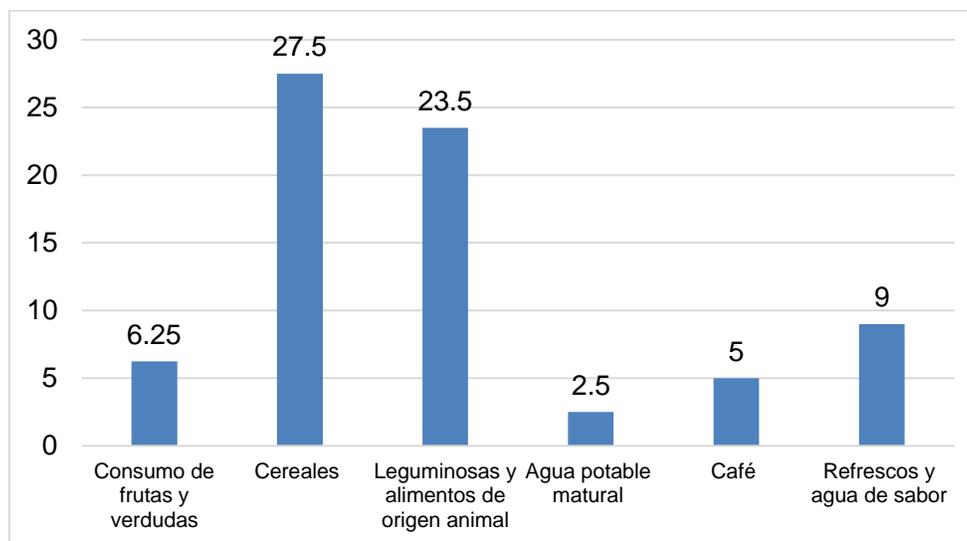


Figura 2. Consumo promedio de alimentos del niño.

En lo referente a la distracción se observó que el niño come delante del televisor por lo que durante la comida el niño este distraído y no presta atención a la comida. En cuanto al mal ejemplo se observó que el niño repite la conducta de la madre come son: el comer frente al televisor-pantallas, la mala alimentación y nulo consumo de verduras. Se apreció que el niño salta comidas pudiendo ser el desayuno, la comida o la cena con el argumento de que ya comí una sabrita y una coca cola y/o jugo. El consumo de líquido también afectó a la alimentación porque se identificó el consumo de zumos y refrescos azucarados observándose que el niño pospusiera su alimentación indicó ya estar llenó o satisfecho. En el núcleo familiar no se tienen horario fijo de comida ya que los integrantes comen en horarios dispersos, es decir, comen con forme van teniendo apetito.

Los factores dependientes de los alimentos que pueden determinar dificultades en la alimentación tienen relación con la cantidad, la frecuencia y el tipo de alimento ofrecido. Algunos alimentos resultan poco atractivos a los sentidos o inadecuados al grado de desarrollo del niño. Alteraciones en la dinámica familiar y conflictos entre integrantes de la familia pueden interferir en la conducta alimentaria. Situaciones previas de estrés vividas por los adultos pueden llevar a sobreprotección del niño y falta de imposición de límites. Las madres de niños con trastornos de la alimentación pueden tener disturbios significativos en sus hábitos de alimentación. La familia reunida, sentada a la mesa durante la comida es un buen ejemplo a seguir. No se aconseja brindar premios o castigos por la conducta del niño ante el alimento. Algunos factores dependientes del ambiente como carencia económica y privación psicosocial pueden llevar a alteraciones en la alimentación. El ámbito cultural es otro factor que influye sobre la alimentación. La presencia de distractores a la hora de comer es causa frecuente de dificultades para alimentarse (Machado, Denis, Fernández, Mígues, y Pérez, 2016).

Indar Rougier y Tuñón, (2015) mencionan que la omisión o baja calidad del desayuno es el hábito alimentario incorrecto más frecuente en los escolares repercute directamente en la calidad de la alimentación, el desempeño escolar y el

rendimiento físico. Saltar el desayuno o no desayunar, habitualmente, tiene efectos perjudiciales en la capacidad cognitiva y el rendimiento físico de los niños escolares y adolescentes. El desayuno provee de la glucosa necesaria para el normal funcionamiento del cerebro, cuya demanda de energía es elevada. En las horas de sueño el gasto energético del organismo disminuye para aumentar nuevamente al inicio de la vigilia, cuando las reservas de glucosa se han agotado. Además, un desayuno adecuado aporta nutrientes que cumplen un rol importante en el proceso cognitivo, como hierro, y vitaminas B1 y B6.

Respecto al consumo de bebidas azucaradas y refrescos López, (2023) menciona que con la edad se tiene a ganar casi medio kilogramo de peso por año, pero si bebemos una bebida azucarada al día ese medio kilogramo se convertirá en un kilogramo, aunque la dieta no sea hipercalórica, el aumento de peso es gradual con los años. El consumo de refrescos provoca un bolo de glucosa que aumenta los niveles de azúcar en la sangre, lo que desencadena una respuesta glucémica que, con el tiempo, puede provocar resistencia a la insulina y diabetes, hígado graso ya que la fructosa aumenta más la síntesis de ácidos grasos en el hígado que las grasas procedentes de la dieta. Otros trastornos derivados del consumo de bebidas azucaradas son triglicéridos, pancreatitis, ácido úrico, aumento del apetito, comportamiento adictivo y alteración de la microbiota intestinal y cáncer.

En ese mismo sentido el Instituto Nacional de Salud Pública, (2020) menciona que ingerir bebidas endulzadas con jarabe de maíz de alta fructuosa induce en la sangre un porcentaje mayor de partículas que transportan “colesterol malo” (lipoproteínas de baja densidad; LDL), lo que aumenta el riesgo de padecer ácido úrico, enfermedades cardiovasculares como infarto al miocardio y, en consecuencia, un mayor riesgo de muerte.

Vilaplana Batalla, (2011) dice que marcar un horario en la alimentación diaria es muy útil para que las digestiones se realicen de forma pausada, correcta y regular. También ayuda a prevenir una ingesta calórica excesiva y, por tanto, reduce el riesgo de obesidad. Es importante para el adolescente acostumbrarse a comer

siempre a la misma hora. Con ello conseguiremos sincronizar ritmos circadianos digestivos y metabólicos.

Se observó poca actividad física por lo que se puede afirmar que el niño es sedentario. Las horas de actividad física se limitan únicamente a la materia de educación física ya que el niño cursa la primaria y esto hace que se vea obligado a realizar menos de dos horas de ejercicio a la semana, destacando que al niño si le gusta la materia de educación física.

La práctica deportiva es esencial para prevenir la obesidad y el sobrepeso en los niños por lo que se recomienda practicar deportes de entre 2 y 3 horas a la semana como mínimo. Tener buenos hábitos alimenticios y realizar actividad física previene la obesidad y el sobrepeso y es algo que empieza en casa y que los padres tienen un papel fundamental propiciando la actividad física lo que permitirá que el niño crezca saludable y previniendo enfermedades (Alvarado Sordo, 2024), por otro lado, Berrospi Montero, (2024) indica que la inactividad física genera alrededor del 6% de las muertes registradas en todo el mundo, adicionalmente, se estima que la inactividad física es la causa principal de alrededor de 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de casos de diabetes y aproximadamente el 30% de enfermedades cardiovasculares. Se recomienda que se realicen 30 minutos de actividad física al día (caminar, trotar, bailar, correr, entre otros) son actividades que se pueden realizar a diario y contribuyen con la salud física y mental.

Realizar actividad física incrementa la satisfacción y el placer de comer, haciendo que los sabores cotidianos resulten más sabrosos al mismo tiempo que mejora la sensibilidad de las señales de saciedad a las cuales respondemos dejando de comer, ayuda a controlar el apetito y a reducir el picoteo mientras se realiza ejercicio, se contribuye al bienestar emocional, las realizan ejercicio diario padecen menos síntomas de ansiedad y depresión que las personas sedentarias, controlar los estados anímicos que llevan al descontrol alimenticio y ayuda a controlar el

consumo de calorías durante el día y a evitar la ganancia de peso con la edad (Ministerio de Sanidad, 2020).

b) Nivel socioeconómico de la madre y su relación con los hábitos alimenticios.

La madre con jornada laboral es prolongada por su condición de salud se autoemplea como comerciante, hay ausencia de la planificación y organización en la compra de los alimentos, la escasa participación de la madre en la toma de decisiones en la vida familiar, de manera general se aprecia sedentarismo en todos los integrantes de la familia. El nivel socioeconómico de la madre es bajo ya que percibe un salario menor al salario mínimo equivalente a 249 pesos por día.

Los factores económicos y sociales restringen la compra de alimentos nutritivos, ya que los padres de bajos recursos económicos no pueden adquirir productos que contienen diversos nutrientes, lo que lleva al consumo de comidas con un alto nivel de carbohidratos y glúcidos; la falta de conocimientos sobre nutrición y alimentación conduce a una incorrecta alimentación ocasionando tanto desnutrición como sobrepeso y obesidad en los niños. El sobrepeso es un indicador que da a conocer que hay problemas de acumulación, en exceso, de grasa por una gran ingesta de alimentos ricos en carbohidratos y lípidos, de alta densidad calórica y energética y además poca actividad física. La obesidad es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus, problemas cardiovasculares e Hipertensión Arterial, que figuran entre las principales causas de mortalidad en el país (González Cabriles, 2013).

Trogliero y Morasso, (2002) dicen que el nivel de ingresos bajo se asocia a la prevalencia de desnutrición y obesidad. La buena alimentación de los niños se asocia al nivel educativo de los padres.

c) Estrategias de prevención a la obesidad a las que tiene acceso.

Se identificaron las estrategias de prevención de la obesidad que se podrían aplicar en el niño desde tres enfoques: el familiar, el comunitario y el individual. No se encuentra cumplimiento en ninguno de los enfoques considerados. El porcentaje de incumplimiento en el enfoque familiar fue de 86%, en el comunitario de 75% y en el individual el 100%. El fomento de la actividad física si se cumple porque el niño estudia la primaria y toma la materia de educación física, pero en la casa no se promueve la realización de ejercicio. En ocasiones la madre usa la comida como recompensa para que el realice actividades domésticas en apoyo al hogar, tabla 6.

Tabla 6. Estrategias de prevención a la obesidad a las que se tiene acceso.

Enfoque	Estrategias de prevención	Sí	No
Familiar	Promover una alimentación saludable	-	X
	Fomentar la actividad física	X	X
	Establecer hábitos de sueño saludables	-	X
	Ser un modelo a seguir	-	X
	Hablar con los niños sobre la importancia de la salud	-	X
	Evitar usar la comida como recompensa o castigo	X	-
	Fomentar la autoestima	-	X
Comunitario	Implementar políticas escolares saludables	-	X
	Crear espacios públicos seguros para la actividad física	X	-
	Promover campañas de concientización sobre la obesidad infantil	-	X
	Colaborar con organizaciones locales	-	X
Individual	Evaluación médica	-	X
	Asesoramiento nutricional	-	X
	Terapia psicológica	-	X

Fomentar hábitos saludables en el niño implica ofrecer una variedad de alimentos nutritivos, limitar la ingesta de comida procesada y bebidas azucaradas, y establecer horarios regulares para las comidas. Es importante recomendar al menos 60 minutos de actividad física diaria, limitar el tiempo frente a las pantallas y ofrecer opciones de actividades físicas para que los niños elijan. Establecer hábitos de sueño saludables es fundamental, asegurando entre 8 y 10 horas de sueño por

noche, creando un ambiente propicio para dormir y evitando la cafeína y el azúcar antes de acostarse. Los padres deben ser modelos a seguir, demostrando hábitos saludables en su propia alimentación y actividad física, y hablar con los niños sobre la importancia de la salud, ayudándolos a comprender los beneficios de una alimentación sana y la actividad física. Además, se debe evitar utilizar la comida como recompensa o castigo, ya que esto puede generar una relación negativa con la comida, y fomentar la autoestima, ayudando a los niños a sentirse bien consigo mismos.

En el estilo responsivo de alimentación, los padres son sensibles e identifican las señales de saciedad y hambre de los niños, pero vigilan y exigen un estilo de alimentación de acuerdo a sus reglas. El estilo no-responsivo de alimentación, los padres controlan excesivamente la situación de alimentación del niño, utilizando generalmente prácticas como la presión excesiva para comer ciertos alimentos, la restricción de la ingesta de otros y el uso de la comida como castigo o recompensa frente a comportamientos indeseados. El estilo de alimentación indulgente se caracteriza por bajos niveles de control de los padres sobre la alimentación del niño, siendo permisivos frente a su conducta alimentaria, lo que se acompaña de altos niveles de respuesta sensible en la interacción con el niño referida a su alimentación, dejando a su decisión el tipo y la cantidad de alimentos a consumir. Finalmente, en el estilo de alimentación negligente, el cuidador no se involucra en la situación de alimentación, permanece al margen de las comidas y no controla preferencias y patrones de ingesta del niño (Varela Arévalo et al., 2018).

La implementación de políticas escolares saludables es fundamental para promover la salud y los hábitos saludables entre los niños. Esto incluye ofrecer comidas nutritivas en las escuelas, limitar la venta de alimentos poco saludables y promover la actividad física durante el día escolar. Es importante crear espacios públicos seguros para la actividad física, como parques, áreas de juegos y senderos. Se debe de promover campañas de concientización sobre la obesidad infantil y colaborar con organizaciones locales, como escuelas, centros de salud y grupos

comunitarios, para implementar estrategias de prevención de la obesidad, son acciones clave en este sentido. Estas buscan crear entornos escolares que fomenten la salud y el bienestar de los niños, contribuyendo a su desarrollo integral.

Es fundamental que los niños reciban una evaluación médica para descartar cualquier problema de salud subyacente que pueda contribuir a la obesidad. Además, el asesoramiento nutricional por parte de un nutricionista puede proporcionar un plan de alimentación personalizado, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias del niño. En ciertos casos, la terapia psicológica puede ser beneficiosa para abordar los aspectos emocionales relacionados con la obesidad, brindando apoyo integral para el bienestar del niño.

c) Índice de Masa Corporal del del niño.

Con la evaluación del peso y talla se calculó el IMC del niño. Los datos obtenidos fueron escolar de 9 años con un peso de 45 kg y 115 cm de talla. Los datos analizados en la calculadora en línea www.imss.gob.mx. Consultada el 02/02/24. El niño tiene un IMC de 34 clasificado como obeso (>30), figura 3.

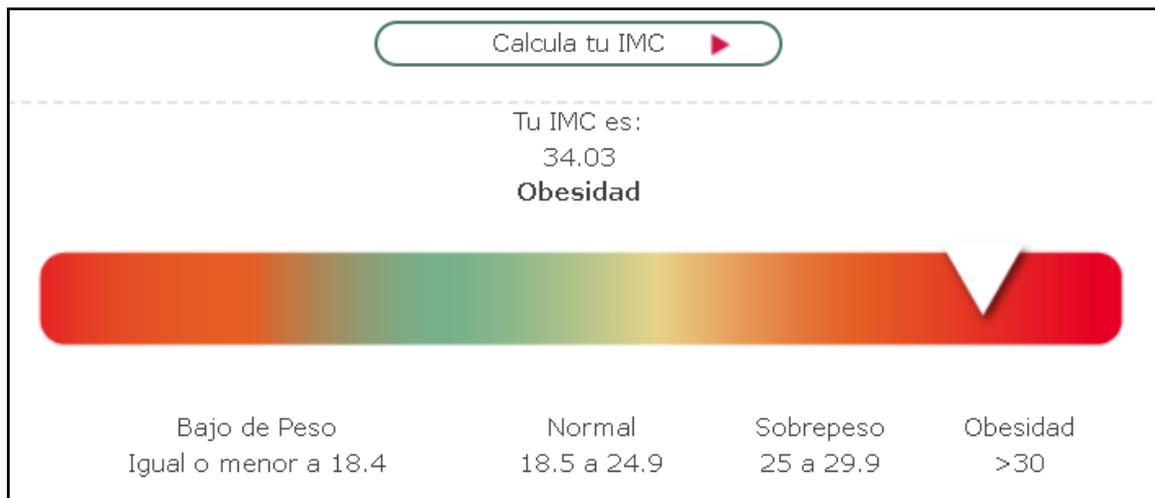


Figura 3. IMC del niño escolar.

Castro et al., (2012) dicen que el sobrepeso y la obesidad infantil en México, constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes. La obesidad

infantil es una enfermedad crónica de origen multifactorial, que se caracteriza por exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el niño tiene un sobrepeso mayor al 20% del ideal. La obesidad se asocia a un proceso de inflamación de baja intensidad, mediado por adipocitocinas, que aparece principalmente, en la grasa visceral y que conlleva al niño a presentar alteraciones como diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, ovario poliquístico y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Esto ocurre porque el tejido adiposo, principalmente el visceral, funciona como un órgano endocrino.

Pool-Góngora et al., (2023) mencionan que las prácticas alimentarias inadecuadas ocasionan sobrepeso y obesidad infantil, hábitos que se aprenden en la familia y el entorno social; en México, la prevalencia incrementó un 1.1% en relación al 2012. Se recomienda contar con planes de cuidados de enfermería los cuales van a brindar una orientación para disminuir obesidad en la familia al fomentar hábitos nutricionales saludables.

CONCLUSIÓN

La obesidad del niño (IMC >30) es producto de una compleja interacción entre malos hábitos alimenticios, un entorno familiar poco favorable y un bajo nivel socioeconómico que limita el acceso a una dieta sana y el bajo cumplimiento de las estrategias de prevención de la obesidad agrava la situación.

RECOMENDACIONES

En alimentación se recomiendan establecer horarios fijos para las comidas y evitar saltarse comidas ofreciendo porciones pequeñas y adecuadas a la edad del niño; se debe de priorizar el consumo de alimentos nutritivos y de bajo costo (frutas y verduras de temporada, legumbres y cereales integrales, carnes magras, pescados, huevos y lácteos descremados).

Se debe limitar el consumo de alimentos procesados, ultraprocesados, bebidas edulcoradas y golosinas poco saludables.

Fomentar el consumo de agua como bebida principal.

Se debe promover la actividad física diaria de al menos 60 minutos, se limitar el tiempo frente a las pantallas

Se debe de involucrar a la familia en la adopción de hábitos saludables, estableciendo un ambiente familiar que favorezca la alimentación sana, ser un ejemplo en alimentación y en estilo de vida. Buscar el apoyo profesional para la atención integral del niño.

GLOSARIO

Adipocitos: son células que forman el tejido adiposo. Son células redondeadas, de 10 a 200 micras, con un contenido lipídico que representa el 95% de la masa celular. Su función principal es el almacenamiento de lípidos.

Caloría: es la unidad de energía equivalente a 4,185 julios, anteriormente definida como unidad de energía térmica equivalente a la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura de 1 gramo de agua en 1 grado Celsius, de 14.5 grado(s) centígrado(s) a 15.5 grado(s) centígrado(s), a la presión normal.

Cardiovascular: El término cardiovascular se refiere al corazón (cardio) y a los vasos sanguíneos (vascular). El sistema cardiovascular comprende las arterias y las venas que permiten que la sangre bombeada por el corazón circule por el cuerpo.

Citosina: es un compuesto químico que las células utilizan para producir los elementos básicos del ADN y el ARN.

Diabetes mellitus tipo II: es una enfermedad crónica que provoca niveles altos de azúcar en la sangre. La DM2 es el resultado de un uso ineficaz de la insulina por parte del cuerpo.

Dieta: Conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento.

Epidemiología: es la rama de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas.

Gonartrosis: es una enfermedad articular crónica, degenerativa y progresiva que afecta a la rodilla. Es el resultado de eventos mecánicos y biológicos.

Gota: es un tipo de artritis inflamatoria que causa dolor, hinchazón y enrojecimiento en las articulaciones. Los síntomas de la gota pueden ser repentinos y, a menudo, comienzan durante la noche. La articulación afectada se inflama y se vuelve roja, caliente y dolorosa.

Hipertensión arterial: es un trastorno en el que la presión de la sangre en los vasos sanguíneos es demasiado alta. Se considera hipertensión cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o más.

Hormona: son sustancias químicas que actúan como mensajeros en el cuerpo. Se producen en una parte del cuerpo y viajan a otras para ayudar a controlar el funcionamiento de células y órganos.

Litiasis biliar: es la presencia de cálculos o "piedras" en la vesícula biliar o en los conductos biliares.

Nutrición: es el proceso biológico mediante el cual los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el mantenimiento y el crecimiento de sus funciones vitales.

Obesidad androide: es un tipo de obesidad que se caracteriza por una mayor concentración de grasa en la zona abdominal y menor en las otras partes del cuerpo. Es más frecuente en los hombres y es la de mayor riesgo para las enfermedades del corazón.

Obesidad: es una enfermedad crónica que se caracteriza por una acumulación anormal de grasa en el cuerpo. La obesidad no es solo un problema estético, sino un problema médico que aumenta el riesgo de muchas otras enfermedades y problemas de salud.

Sobrepeso: es una afección que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa. El sobrepeso es un estado premórbido de la obesidad.

Varices: son venas que se dilatan haciéndose, por tanto, visibles en forma de un trayecto azulado o amarronado, e incluso, palpables. Puede llegar a afectar a 7 de cada 10 personas, principalmente mujeres y personas mayores.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Adjemian, D., Bustos, P., y Amigo, H. (2007). Nivel socioeconómico y estado nutricional. Un estudio en escolares, *57*(8).
- Águila-Villar, C. (2017). Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *34*(1), 113–118. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.341.2773>
- Alvarado Sordo, S. (2024). *La obesidad y los malos hábitos de alimentación en los niños*. <https://www.guiainfantil.com/videos/314/la-obesidad-y-los-malos-habitos-de-alimentacion-en-los-ninos/>
- Álvarez, M. (2013). ¿Sabes cómo llevar una buena alimentación? *Instituto Nacional de Salud Pública de Colombia*, 11.
- Aranceta, J., Pérez Rodrigo, C., Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Quiles Izquierdo, J., Vioque, J., ... Grupo colaborativo para el estudio de la obesidad en España. (2000). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención Terapéutica. *Medicina Clínica*, *115* (5), 587–597. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consenso-seedox000272000-evaluacion-del-sobrepeso-12328>
- Berrosipi Montero, R. K. (2024). Problemas de concentración como consecuencia de los malos hábitos alimentarios en estudiantes de 18 a 22 años de la carrera de psicología de una universidad particular en Lima.
- Bustamante, L. (2010). Obesidad y actividad física en niños y adolescentes, 1–17. Retrieved from http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/obesidad.pdf
- Bustamante, S. (2014). Promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil. *Universidad de Salamanca*, 1–299.
- Castallada-Jiménez, J. (2001). *Metodología de la investigación* (J. Neyra-Bravo, Ed.) (2nd ed.). México D.F.: McGrawHill.
- Castellanos, F. (2013). H. Congreso del Estado de Chiapas. 8.

- Castillo-Pompa, P. (2011). Universidad Pedagógica Nacional Unidad UPN 099 DF Poniente. *Secretaría de Educación Pública*, 3–63.
- Castro, A., Toledo-Rojas, A., Macedo-Concha, L., y Inclán-Rubio, V. (2012). La obesidad infantil, un problema de salud multisistémico. *Elsevier*, 75(1), 41-49.
- Córdoba R. D. P. (2013). Actividad física como estrategia en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. *15(2)*, 27–29.
- García, A., Aspillaga, C., Cruzat-mandich, C., y Barja, S. (2017). Recomendaciones de padres de niños obesos en tratamiento para el equipo de salud : Estudio Cualitativo, *88(4)*, 495–501. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000400008>
- González-Cabriles, W. (2009). Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antimano - Caracas. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(2), 235–244.
- González Cabriles, W. J. (2013). Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. *Revista de Ciencias Sociales*, 120-130.
- Hernández-Gil, A. (2010). Obesidad infantil. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*, 389–420.
- Herrera, D. A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Tendencia de mortalidad*, 37.
- Herrera-Covarrubias, D., Coria-Avila, Genaro Alfonso Fernández-Pomares, Cinthya Aranda-Abreu, G., Manzo-Denes, J., y Hernández, M. E. (2015). La obesidad como factor de riesgo en el desarrollo de cáncer. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 766–776. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0979.2734>
- Ibaibarriaga-Parrilla, L. (2016). “ Niño obeso, adulto enfermo .” *Universidad Pública de Navarra*, 1–44.
- Indar Rougier, P., y Tuñón, I. (2015). Derecho a una alimentación adecuada en la infancia. *Universidad Católica de Argentina*, 1-23.

- Ladino-Meléndez, Liliana, Sepúlveda-Valvueda, C. (2013). Puntos de impacto en contra de la problemática del siglo XXI: *Obesidad Infantil*, 15(1), 49–54.
- Lazos-Farrera, N. F. (2015). Valores de peso y talla en la escuela primaria “González Garrido” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Salud en Chiapas*, III(2), 72–81. Retrieved from file:///C:/Users/namiky/Downloads/Revista No. 9 Articulo No. 98.pdf
- López-Morales, A., Pérez-Camargo, L., Ruíz-Fernández, M., Reyes-Iriar, B., y Hernández-Méndez, M. (2013). Intervenciones de enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. *Guía de Práctica Clínica GPC*, 2–53.
- Mabel, G. A. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, 146(6), 389–396.
- Machado, K., Denis, N., Fernández, N., Migués, C., y Pérez, C. (2016). Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay. *Rev Chil Nutr*, 228-232.
- Macias, A., Gordillo, L., y Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*, 39(3), 40–43.
- Merino-Merino, Begoña, González-Briones, E. (2006). Actividad física para la infancia y la adolescencia. Guía Para todas las personas que participan en su educación. *Salud Pública. Promoción de la Salud y epidemiología.*, 7–105.
- Meyer, M. (2013). Alimentación durante la infancia, 1–35.
- Ministerio de Salud de la Nación, 2013. (2013). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, 1, 4–130.
- Ministerio de Sanidad. (2020). Estrategias para prevenir la obesidad y sobrepeso infantil. *Control de Cáncer*, 1-10.
- Mohammad-Naghi, N. (2010). *Metodología de la investigación* (2nd ed.). México: Limusa.
- Monje-Álvarez, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa guía didáctica. *Universidad Surcolombiana*, 1–216.
- NOM-043. (2006). Secretaría de Salud, 32.

- OMS. (2013). Plato saludable. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- OMS. (2016). Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil. *OMS*, 5–53.
- Perea-Martínez, A., López-portillo, L. L., Bárcena-sobrino, L. E., Sydney, D., Teresita, L., Carbajal-rodríguez, L., ... Barrios-fuentes, D. R. (2009). Adolescencia propuestas para la atención continua de niños y adolescentes obesos, 30(1), 54–68.
- Pérez-Serrano, G. (2001). *Investigación cualitativa retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos*.
- Pérez, V., Rodríguez-Martín, A., Ruíz, N., Nieto, M., & Campoy, L. (2010). Hábitos y Estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 823–831. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.5.4683>
- Pool-Góngora, R., Balám-Gómez, M., y Tuyub-Itza, M. (2023). Planes de cuidados de enfermería: propuesta para padres con escolares que padecen sobrepeso u obesidad. *Sanus*, 8(301), 1-22. <https://doi.org/2448-6094>
- Reséndiz-Barragán, A., Hernández-Altamirano, S., Sierra-Murguía, M., y Torres-Tamayo, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672–681. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7692>
- Rivas-Robles, E. (2016). *El ambiente de aprendizaje como un medio para potenciar los conocimientos de química analítica en las practicas de laboratorio*.
- Rivera Dommarco Juan Angel, Hernández Avila Mauricio, Aguilar Salinas Carlos A., Vadillo Ortega Felipe, M. R. C. (2013). Obesidad en México: Recomendaciones para una Política de Estado. *Unam*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Roberto-Hernández, S. (1991). *Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. Metodología de la investigación*. <https://doi.org/>- ISBN 978-92-75-32913-9
- Secretaria de Educación Pública. (2010). Programa de acción en el contexto escolar. *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*, 6–31.

- Serafin, P. (2012). Manual de la alimentación escolar saludable. *Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición*, 1–78.
- Tamayo-Tamayo, M. (2003). Metodología de la investigación 4, 7–183.
- Trogliero, C., y Morasso, M. (2002). Obesidad y nivel socioeconómico en escolares y adolescentes de la ciudad de Salta. *Arch. Argent. Pediatr*, 360-366.
- Varela Arévalo , M., Tenorio Banguero, Á., y Duarte Alarcón, C. (2018). Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. *Rev Esp Nutr Hum Diet*, 183-192.
- Vilaplana Batalla, M. (2011). Educación nutricional en el niño y el adolescente. *Offarm*, 43-50.

ANEXOS

Anexo 1. Diario de campo	38
Anexo 2. Encuesta del nivel socioeconomico y el plato del buen comer.....	39

Anexo 1. Diario de campo

Fecha: _____

Hora:

Desayuno:

Observaciones:

Hora:

Almuerzo:

Observaciones:

Hora:

Cena:

Observaciones:

ANEXO 2. Entrevista del nivel socioeconómico y conocimiento del plato del buen comer.

Nombre:

Edad:

Hora:

- 1.- ¿Cuál es su ocupación?
- 2.- ¿Quién es el que solventa los gastos?
- 3.- ¿Cuántos dependen de usted?
- 4.- ¿Cómo es su pago? ¿Cuánto gana?
- 5.- ¿El ingreso obtenido es suficiente para solventar los gastos?
- 6.- ¿La vivienda en la que habita es propia o rentada?
- 7.- ¿Cuántos viven en su casa?
- 8.- ¿Conoce el plato del buen comer?
- 9.- ¿Sabe los componentes del plato del buen comer?
- 10.- ¿Sabe que aporta cada grupo del plato del buen comer?
- 11.- ¿Sabe que ganamos con saber combinar los tres grupos de alimento?
- 12.- ¿Cómo ayuda el plato del buen comer a los niños y adultos?
- 13.- ¿Cuántas veces a la semana consume carne, pescados?
- 14.- ¿Cuántas veces consume frutas y verduras a la semana?
- 15.- ¿Cuál es la comida más fuerte que hace?
- 16.- ¿Aplica alguna estrategia para balancear sus comidas?