



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/088.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Obesidad infantil: Nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación de sus hijos**

Autores Pilar Fernández-Utrilla Miguel,¹ Manuel Fernández-Utrilla Miguel,² Eva López Manzano³

Centro/institución (1) Residencia Juan González. (2) Centro de Excelencia, UE. (3) Hospital Universitario de Málaga

Ciudad/país Madrid, España. Málaga, España

Dirección e-mail pilar.fernandez.miguel@gmail.com

RESUMEN

La obesidad se sitúa en el contexto actual de nuestras vidas como el trastorno metabólico más frecuente en todos los países desarrollados según el estudio "Conjunto de Recomendaciones sobre la Promoción de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigidas a los Niños" presentado por la Organización Mundial de la Salud. Se estima que más de mil millones de adultos en todo el mundo tienen un peso excesivo y al menos trescientos millones son clínicamente obesos. La obesidad es un factor de riesgo y está asociada de forma directa a diversas enfermedades crónicas, incluyendo entre ellas: la diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemia, enfermedades coronarias, etc... El aumento de la prevalencia de la obesidad en los niños constituye y constituirá en décadas futuras un problema de salud en países desarrollados. El mejor tratamiento es su prevención, y esta debe comenzar desde la infancia. El objetivo principal del presente estudio se centra en la evaluación del grado de conocimiento y aplicación del mismo por parte de las madres sobre la alimentación de sus hijos. La metodología utilizada se basa en el uso de encuestas para obtener información y analizarla posteriormente. La obtención de los datos se ha realizado en un momento específico, por lo tanto sirve para describir pero no para establecer comparaciones entre los grupos de estudio. Se añade además que se trata de un estudio prospectivo porque se obtienen datos a la misma vez que se realiza el estudio.

Palabras clave: Obesidad/ Hábitos alimenticios/ Trastorno metabólico/ Índice de masa corporal (IMC).

ABSTRACT

Obesity is in the current context of our lives as the most common metabolic disorder in all developed countries, according to the study "set of recommendations on marketing of foods and non-alcoholic beverages to children" presented by the World Health Organization. It is estimated that more than one billion adults worldwide are overweight and at least three hundred million are clinically obese. Obesity is a risk factor and is linked directly to several chronic diseases, including: diabetes, hypertension, hyperlipidemia, coronary heart disease, etc... The increased prevalence of obesity in children is and will be for decades to a health problem in developed countries. The best treatment is prevention, and this should start from childhood. The main objective of this study focuses on the evaluation of the degree of knowledge and application thereof by the mothers about feeding their children. The methodology is based on the use of surveys to gather information and analyse it later. The data collection was performed at a specific time, therefore serves to describe but not for comparisons between the study groups. It adds that this is a prospective study because data at the same time the study was conducted are obtained.

Key-words: Obesity/ Eating habits/ Metabolic disorder/ Body-mass index.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

1. Antecedentes y estado actual del tema

Nuestros hábitos alimenticios están relacionados con la sociedad en la que desarrollamos nuestras actividades diarias. Hoy en día la sociedad de la que somos parte busca el mínimo esfuerzo, la comodidad y la rapidez. Estas son las consignas sociales (alimentos precocinados, alimentos enlatados, leches enriquecidas, comida rápida, loncheados, etc...). La prisa y la falta de tiempo para la elaboración culinaria conllevan la mayoría de las veces a adoptar hábitos nada saludables (Aranceta Bartrina J., 2001).

La sociedad de consumo en la que nos movemos, nos hace que el tiempo que dedicamos a cocinar ocupe el menor tiempo posible. Esto se debe a la importancia adquirida por el trabajo y el ocio. La alimentación ya no estructura el tiempo sino que el tiempo estructura la alimentación y esto tiene un impacto superlativo en los niños que comienzan su educación sobre la alimentación (Sánchez-Cruz J.J. et al., 2013).

La comida cotidiana se soluciona en el ámbito doméstico con la comida rápida y fuera de él con la restauración en la mayoría de los casos "industrial". Esto implica que en el tiempo de ocio incluimos una comida más ritualizada, socializada y se convierte en una forma de consumo (Merello L. M. & Oliva M. P., 2012).

Los trastornos del comportamiento alimenticio han aumentado en el siglo XXI, siendo de gran relevancia social y dándose con mayor frecuencia en sociedades occidentales y dentro de una cultura específica.

La adquisición de nuevos hábitos alimenticios y el cambio sufrido en las últimas décadas tiene que ver con factores socio-culturales y socio-cognitivos como los estilos de vida. La incorporación de la mujer al mundo laboral, los cambios en la estructura económica, el mayor poder adquisitivo, los cambios en la composición familiar, la gran oferta de alimentos, la globalización de mercados, la creación de nuevas industrias y

tecnologías alimentarias y el aumento en el mercado de productos emergentes o innovadores, que cada día son más consumidos en nuestra sociedad.

Nuestro país ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas que han repercutido enormemente sobre el tipo de alimentación que consumimos. Las dietas tradicionales han sido reemplazadas por dietas con mayor densidad energética, lo que significa más grasa y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución del consumo de frutas, verduras, cereales y legumbres, que es justo lo contrario a una buena alimentación.

La obesidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido descrita como “epidemia creciente” y uno de los más grandes y descuidados problemas de salud pública de nuestra época.

Las causas de la obesidad pueden ser de origen genético, biológico, culturales, psicológicos, socio ambientales, endocrinos y del comportamiento.

Hay distintos métodos para calcular la cantidad de grasa que tiene un paciente. En la práctica, para el diagnóstico de obesidad, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC).

IMC = peso en kilos/ altura en metros al cuadrado

Una vez realizada esta fórmula y obtenido el IMC, podemos dividir a los pacientes dentro de cuatro items:

- 1.- Peso por debajo de lo normal: IMC por debajo del percentil 5.
- 2.- Peso normal: IMC entre los percentiles 5 y 85.
- 3.- Riesgo de sobrepeso: IMC entre los percentiles 85 y 95.
- 4.- Sobrepeso: IMC por encima del percentil 95.

Según donde tenga el paciente acumulada la grasa podemos distinguir dos tipos de obesidades:

- **Obesidad androide:** Es típica del hombre pero también puede aparecer en la mujer. Se caracteriza porque la grasa se localiza sobre todo en la cintura, es decir "barriguita". Se dice que el paciente tiene forma de manzana.

- **Obesidad ginoide:** Es típica de la mujer aunque también puede aparecer en el hombre. Se caracteriza porque la grasa se acumula sobre todo en las caderas. Se dice que tiene forma de pera.

La etapa escolar abarca a los niños entre 7 y 14 años, que a su vez se sustituye en dos fases: (Cole T.J. et al., 2000)

1) *Escolares pequeños* (entre 7 y 10 años)

En esta etapa el crecimiento es de 5 a 6 cm anuales, con un aumento ponderal medio de 2 Kg anuales en los primeros años. Cerca de la pubertad será un aumento de entre 4-4.5Kg, ya que existe un aumento progresivo del apetito, mayor gasto calórico por actividad deportiva y aumento de la ingesta energética (Villagrán Pérez S. et al., 2010).

2) *Escolares mayores* (entre 11 y 14 años)

Este grupo es más heterogéneo en los ritmos de crecimiento y la actividad física. Estos niños comienzan a ser más independientes del grupo familiar.

2. Objetivo

Evaluar el grado de conocimiento y aplicación del mismo por parte de las madres sobre la alimentación de sus hijos.

3. Metodología

Para la consecución del objetivo propuesto, pretendemos realizar un estudio en el que se va a utilizar una metodología de tipo cuantitativo.

Es un estudio observacional y descriptivo. Recolectaremos los datos a través de la observación de los grupos de control para describir y analizar lo que sucede. Para ello utilizaremos cuestionarios que rellenaremos para cada sujeto bajo estudio.

La investigación es de corte transversal no comparativo, ya que la obtención de los datos se realiza en un momento específico y describe pero no establece comparaciones entre los grupos de estudio, sólo mide la salud de una determinada población. Además es un estudio prospectivo porque obtenemos los datos a la misma vez que realizamos el estudio.

El análisis de los datos se desarrolla a partir de una tabulación de las tablas resultantes con el programa estadístico SPSS.

El instrumento de recolección de datos es un cuestionario basado en unos cuestionarios de la Asociación para la defensa de la buena alimentación (ADEBA).

En el ámbito ético, se trata de un estudio no invasivo. Las encuestas son anónimas con el fin de guardar el anonimato de las personas que han aceptado participar del estudio. No se solicita absolutamente ninguna información personal que pueda identificar sujeto alguno.

Población de estudio: madres de niños con edades comprendidas entre 7-14 años, de un colegio público de la ciudad de Málaga. La muestra seleccionada consistirá en 100 madres con hijos de edades comprendidas entre 7-14 años.

Criterios de exclusión:

- Madres que tengan hijos con alguna enfermedad y por tanto deban llevar una dieta especial.
- Madres que en el periodo de estudio sus hijos cumplan 14 años.
- Madres que a sus hijos le diagnostiquen alguna enfermedad en el periodo del estudio.

El proceso de selección de la muestra, de la población que la representa, sería un muestreo no probabilístico porque utilizamos métodos en los que no interviene el azar; por conveniencia, ya que para el investigador le es de fácil acceso la obtención de los datos en el colegio.

Se escogerá a las madres con hijos en las tres clases de 4º de primaria del colegio seleccionado de la ciudad de Málaga.

Variables del estudio:

- Obesidad
- Edad: "Fecha del examen"- "Fecha de nacimiento"/365,25 según protocolo de la OMS.
- Sexo
- Peso: kg.
- IMC: peso (kg) / talla (m)²

- Cuidador principal
- Ocupación laboral del cuidador principal
- Número de comidas al día
- Número de veces que consumen comida rápida
- Número de veces que consumen fruta, verduras, hortalizas, legumbres, pescado, huevos, lácteos y golosinas a la semana
- Número de veces que consume refrescos a la semana

Los cálculos de las variables se realizan sin la presencia de los niños según el protocolo establecido por la OMS. Se estableció el siguiente criterio (Tabla 1) para ponderar la situación de los sujetos (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011):

Situación Ponderal	Criterio
Delgadez Severa	IMC<-3DS
Delgadez	IMC<-2DS
Sobrepeso	IMC>1DS
Obesidad	IMC>2DS

Tabla 1. Criterio de Situación Ponderal

Con el objetivo de determinar el porcentaje de niños que presentan adiposidad central, se miden las relaciones cintura/cadera y cintura/talla. Las relaciones cintura/talla superiores a 0.5 son consideradas elevadas.

Dentro del ámbito estadístico, destacar que se calculan las medias junto con los valores mínimos y máximos, además de la desviación estándar de todas las variables cuantitativas. Para validar el estudio se comprueba que los valores Chi-Cuadrado de Pearson superan el 0.05, confirmando un error menor del 5%.

Plan de trabajo

El plan de trabajo lo hemos dividido en los siguientes apartados con el fin de cubrir los aspectos más importantes del mismo. Dicho esto, hemos tenido en cuenta:

- Tiempo de desarrollo del estudio

El estudio se desarrollará a lo largo de un año lectivo, comprendiendo esto de Septiembre a Junio del siguiente año.

- Personal investigador destinado al desarrollo del estudio

Para el desarrollo de dicho estudio se han implicado tres profesionales. Dos expertas en trabajo de campo dentro del área de salud y un técnico ingeniero experto en gestión de datos (BIG DATA) y estadística.

- Horario de trabajo en el desarrollo del estudio

El horario propuesto de trabajo se centra en las franjas del día en las cuales las personas necesarias para el mismo pueden atendernos. Principalmente se ha optado por el horario matinal justo después de dejar a los niños en los colegios.

- Lugar de desarrollo del estudio

Los emplazamientos destinados al desarrollo del estudio de investigación serán dos. En primer lugar dentro de los colegios seleccionados nos han habilitado un pequeño espacio donde los padres podrán rellenar los cuestionarios. En una segunda fase del estudio, la destinada al análisis, trabajaremos en los laboratorios de estadística de la Universidad Europea en Madrid.

- Costes del desarrollo del estudio

El coste de desarrollo del estudio, Tabla 2, ha sido estimado comprendiendo las horas por investigador y los alquileres de los espacios y recursos utilizados en el mismo. Las partidas son:

Concepto	Coste / Hora	Total
Recursos Humanos Salud	45€	4500€
Recursos Humanos Técnicos	60€	1200€
Laboratorio Estadístico	100€	2000€
Aula docente	25€	2500€
	TOTAL	10.200€

Tabla 2. Presupuesto del Estudio

- Tiempo estimado de análisis de los resultados

Los procesos de análisis y extracción de conclusiones se han estimado en una semana de trabajo. Las horas que comprenden esta fase se repartirán durante un mes al encontrarse los investigadores involucrados en sus trabajos profesionales.

- Cronograma final

Los puntos anteriores los hemos recogido en una planificación temporal que se muestra en la ilustración siguiente:

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Preparación de Cuestionarios										
Reserva de Recursos										
Selección de la Muestra										
Recolección de Datos										
Análisis de Datos										
Redacción de Conclusiones										

Figura 1. Cronograma de Desarrollo del Estudio

Bibliografía

1. Aranceta Bartrina J. (2001). Nutrición Comunitaria. 2º ed. Masson.
2. Sánchez-Cruz J.J., Jiménez-Moleón J.J., Fernández-Quesada F., Sánchez M.J. (2013). Prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes en España en 2012. Revista Española Cardiología núm. 66(5):371-37.
3. Merello L. M. & Oliva M. P. (2012). La obesidad y su relación con las patologías periodontales: una revisión narrativa. Int. J. Odontostomat., 6(2):235-239.
4. Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., DIETZ W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. BMJ Journal núm. 320: 1240-43.
5. Villagrán Pérez S., Rodríguez-Martín A., Novalbos Ruiz J. P., Martínez Nieto J. M., Lechuga Campoy J. L. (2010). Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Revista Nutrición Hospitalaria núm. 25(5):823-31.
6. Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2011). Estudio de vigilancia del crecimiento ‘Aladino’. Edición Digital.