



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**

TITULO DEL TRABAJO

**OBESIDAD INFANTIL: SU RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS,  
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN MATERNAS**

TESIS PARA ASPIRAR AL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

AUTORA: GABRIELA SOLEDAD VILLAGRA

DIRECTORA: ETHEL DEL CARMEN ALDERETE

SAN SALVADOR DE JUJUY, 19 DE ABRIL DEL AÑO 2023

## Dictamen del Tribunal examinador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
DOCTORADO en CIENCIAS SOCIALES  
Otero 257, segundo piso, of. 5  
Email: doctorado.jujuy@gmail.com  
(4600) San Salvador de Jujuy – Rep. Argentina

### DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

#### ACTA N° 36

En la ciudad de San Salvador de Jujuy, a los 14 días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés, a las nueve horas, en la UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY, se constituye el Jurado de Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales-FHyCS, UNJu, integrado por la Dra. Madalena Monteban (UNJu-CONICET), Dra. Delia Lomaglio (UNCA) y Dra. Rosalía Sosaya (UNJu), designadas para evaluar la defensa oral de la Tesis de Doctorado presentada por la doctoranda Gabriela Soledad VILLAGRA, DCS-205, titulada: *Obesidad Infantil: su relación con conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas*, dirigida por la Dra. Ethel Alderete (UNJu).

Oída y evaluada la defensa oral de la tesista Gabriela Villagra, el jurado dictamina que:

La exposición oral fue muy clara y completa despejando a posteriori las dudas del tribunal. También se destaca la presentación escrita de la tesis, su estructura, contenido, y la información presentada en forma de tablas y figuras con objetivos e hipótesis claras. La doctoranda incorporó los comentarios y las sugerencias realizadas por este tribunal. El tema elegido es de relevante importancia para la salud pública y ha sido tratado con una metodología rigurosa y novedosa que permitió dar respuesta a las hipótesis planteadas. Consideramos que los resultados obtenidos son de gran valor para posteriores estudios y para el desarrollo de la agenda pública de salud en relación al sobrepeso y la obesidad infantil. Por lo expuesto este jurado dictamina por unanimidad que la presentación de la tesista Gabriela Villagra ha sido aprobada con la máxima calificación (10).

Dra. Rosalía Sosaya



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
DOCTORADO en CIENCIAS SOCIALES  
Otero 257, segundo piso, of. 5  
Email: doctorado.jujuy@gmail.com  
(4600) San Salvador de Jujuy – Rep. Argentina

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Madalena Monteban'.

Dra. Madalena Monteban

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Delia Lomaglio'.

Dra. Delia Lomaglio

## **Referencia bibliográfica**

Villagra, G. S. (2023). *Obesidad infantil: su relación con conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas*. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales. Carrera de posgrado, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, Argentina.

## **Dedicatoria**

*A MI FAMILIA, en especial a mi abuela Josefa,  
mi Madre y mi Novio, por estar  
incondicionalmente en todo momento.*

*Y a todxs los que confiaron, acompañaron  
y alentaron este proceso durante años.*

## **Agradecimientos**

*A mi Directora, Dra. Ethel Alderete,  
quién respaldó, guio y dedicó todo su apoyo profesional y personal  
permanentemente para escribir y terminar mi Carrera de Posgrado.*

*A todxs los profesionales que brindaron conocimiento y tiempo,  
y alentaron este proyecto.*

*Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas  
(CONICET), por financiar mi Beca de Doctorado.*

## INDICE GENERAL

Dictamen del Tribunal examinador .....	1
Referencia bibliográfica .....	3
Dedicatoria .....	4
Agradecimientos.....	5
INDICE GENERAL.....	6
INDICE DE TABLAS .....	11
INDICE DE FIGURAS.....	14
INDICE DE ANEXOS.....	15
RESUMEN.....	16
ABSTRACT .....	20
Breve descripción de cada capítulo de la tesis.....	24
CAPITULO I: INTRODUCCION .....	27
1.1 Obesidad infantil y su relación a conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas .....	27
CAPITULO II: JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	30
CAPITULO III: ESTADO DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA .....	35
1.2 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en niños menores de 6 años en la región de Latinoamérica y Argentina .....	36
1.2.1 A nivel Latinoamericano .....	36
1.2.2 A nivel Nacional.....	37
1.2.3 A nivel regional (NOA).....	39

1.3 Factores cognoscitivos, actitudinales y comportamentales de la obesidad infantil .....	42
1.3.1 A nivel Latinoamericano .....	42
1.3.2 A nivel Nacional.....	58
1.3.3 A nivel Regional (NOA) .....	61
1.4 Intervenciones de educación para la salud sobre elementos cognoscitivos, actitudinales/motivacionales y comportamentales orientados a la prevención de la obesidad infantil.....	64
CAPITULO IV: PROPOSITO – OBJETIVOS – HIPOTESIS .....	68
1.5 Propósito.....	68
1.6 Objetivos.....	68
1.6.1 Objetivo general .....	68
1.6.2 Objetivos específicos .....	68
1.7 Hipótesis .....	69
CAPITULO V: MARCO TEORICO Y DEFINICION DE VARIABLES .....	70
1.8 Definiciones teóricas.....	70
1.8.1 Obesidad infantil.....	70
1.8.2 La Teoría de la Acción Razonada .....	72
1.8.3 Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias .....	74
CAPITULO VI: MARCO METODOLOGICO.....	76
1.9 Área de estudio.....	76
1.10 Tipo y diseño de investigación.....	79
1.11 Población .....	79



1.11.1	Universo o población objetivo.....	79
1.11.2	Criterios de inclusión y exclusión .....	79
1.12	Instrumento de recolección de datos .....	81
1.12.1	Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	81
1.12.2	Desarrollo del cuestionario .....	81
1.12.3	Validación del instrumento .....	82
1.13	Base de datos utilizada.....	83
1.14	Variables del estudio.....	85
1.15	Definición operacional de las variables.....	85
1.16	Procedimientos de análisis de datos.....	90
1.16.1	Administración y análisis de los datos.....	90
1.17	Consideraciones éticas.....	92
CAPITULO VII: RESULTADOS .....		93
1.18	Niñxs de 6 meses a 6 años (N=924).....	93
1.18.1	Descripción de la muestra .....	93
1.18.2	Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx .....	101
1.18.3	Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia.....	107
1.18.4	Análisis multivariado.....	112
1.18.5	Verificación de Hipótesis para la muestra de niñxs de entre 6 meses y 6 años de edad.....	117
1.19	Niñxs de 2 a 6 años (N=640) .....	119

1.19.1	Descripción de la muestra .....	119
1.19.2	Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx .....	126
1.19.3	Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia .....	131
1.19.4	Análisis multivariados .....	137
1.19.5	Asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas y exceso de peso .....	141
1.19.6	Asociación entre jurisdicción de residencia y exceso de peso .....	142
CAPITULO VIII: DISCUSIÓN .....		143
CAPITULO IX: CONCLUSIONES .....		169
CAPITULO X: RECOMENDACIONES .....		171
BIBLIOGRAFÍA .....		174
ANEXOS .....		193
1.1	Anexo 1: Patrones de crecimiento infantil de la OMS. IMC para la edad niños y niñas. Percentiles (Nacimiento a 5 años) .....	193
1.2	Anexo 2: Puntos de corte internacionales para el índice de masa corporal para sobrepeso y obesidad por sexo entre 2 y 18 años, definidos para pasar por índice de masa corporal de 25 y 30 kg/m <sup>2</sup> a los 18 años, obtenidos promediando datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y Estados Unidos: ....	195
1.3	Anexo 3: Puntos de corte internacionales de IMC para grados 1, 2 y 3 de delgadez por sexo para edades exactas entre 2 y 18 años, definidos para pasar por	

IMC de 16, 17 y 18,5 a los 18 años, obtenidos por promedio de datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y EE. UU: .....	197
1.4 Anexo 4: Cuestionario.....	199
1.5 Anexo 5: Hoja de consentimiento informado para madres .....	250
1.6 Anexo 6: Dictamen de evaluación y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud (CEIS).....	253

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia de niños menores de 6 años que conforman la muestra (N=1.107)

Tabla 2. Definición operacional de las variables.

Tabla 3. Estado nutricional de niños según los estándares de la OMS y la IOTF, por provincia de residencia. Niños de 6 meses a 6 años (N=924)

Tabla 4. Características demográficas de madres e hijos, por provincia de residencia. Niños de 6 meses a 6 años (N=924)

Tabla 5. Características demográficas por estado nutricional del hijo. Niños de 6 meses a 6 años de edad.

Tabla 6. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijo. Niños de 6 meses a 6 años de edad.

Tabla 7. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia de residencia. Niños de 6 meses a 6 años de edad.

Tabla 8. Regresión logística de estado nutricional por conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas. Niños de 6 meses a 6 años de edad

Tabla 9. Estado nutricional de niños según los estándares de la IOTF, por provincia de residencia. Niños de 2 a 6 años (N=640)

Tabla 10. Características demográficas de madres e hijos, por provincia. Niños de 2 a 6 años (N=640)

Tabla 11. Características demográficas por estado nutricional del hijo. Niños de 2 a 6 años.

Tabla 12. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx. Niñxs de 2 a 6 años.

Tabla 13. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia de residencia. Niñxs de 2 a 6 años.

Tabla 14. Regresión logística de estado nutricional por conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas. Niñxs de 2 a 6 años.

Tabla 15: Distribución de características demográficas de las diadas madres-hijxs por provincia de residencia y estado nutricional.

Tabla 16: Conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según la provincia de residencia.

Tabla 17: Conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según estado nutricional.

Tabla 18: Conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según estado nutricional y provincia de residencia.

Tabla 19: Actitudes maternas para la prevención de la obesidad infantil según la provincia de residencia.

Tabla 20: Actitudes maternas para la prevención de la obesidad infantil según estado nutricional.

Tabla 21: Actitudes maternas para la prevención de la obesidad infantil según estado nutricional y provincia de residencia.

Tabla 22: Prácticas alimentarias maternas según la provincia de residencia.

Tabla 23: Análisis de asociación sobre prácticas alimentarias maternas y estado nutricional.

Tabla 24: Prácticas alimentarias maternas según estado nutricional y provincia de residencia.

Tabla 25: Representación que marca la relación entre las variables de estudio conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias/comportamientos de madres de niños pequeños en relación al desarrollo de exceso de peso, y los componentes determinantes de la conducta de salud comprendidos en el marco guía de la investigación, la Teoría de la Acción Razonada.

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Teoría de la Acción Razonada.

Figura 2: Noroeste argentino

Figura 3: Programa Sumar

Figura 4: Centro de Atención Primaria de la Salud

Figura 5: Sala de control del niño de un Centro de Atención Primaria de la Salud

Figura 6: Prevalencias de sobrepeso, obesidad y exceso de peso infantil por provincia de residencia y por resultados de la 2° ENNyS a nivel país y región NOA. Niños de 6 meses a 6 años.

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud. Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad niños y niñas. Percentiles (Nacimiento a 5 años).

Anexo 2: Puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal (IMC) para sobrepeso y obesidad por sexo entre 2 y 18 años, definidos para pasar por IMC de 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> a los 18 años, obtenidos promediando datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y Estados Unidos.

Anexo 3: Puntos de corte internacionales de Índice de Masa Corporal (IMC) para grados 1, 2 y 3 de delgadez por sexo para edades exactas entre 2 y 18 años, definidos para pasar por IMC de 16, 17 y 18,5 a los 18 años, obtenidos por promedio de datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y EE. UU.

Anexo 4: Cuestionario

Anexo 5: Hoja de Consentimiento Informado para madres.

Anexo 6: Dictamen de evaluación y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud de la provincia de Jujuy (CEIS).



## RESUMEN

**Introducción:** La malnutrición por exceso en la población infantil se ha convertido en un grave problema de Salud Pública a nivel mundial y la evidencia científica existente demuestra que su prevalencia está en rápido aumento.

**Objetivos:** Examinar, analizar y comparar la relación que existe entre los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil en el desarrollo de exceso de peso en niños de 6 meses a 6 años cubiertos por programas de salud pública materno infantil en 4 provincias del noroeste argentino (NOA).

**Métodos:** Se aplicaron cuestionarios a 924 madres con hijos de 6 meses a 6 años de edad en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de 4 provincias del noroeste argentino (Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca), en donde se examinaron: 1) Características socio-demográficas de las díadas madres-hijos: edad, estado civil, etnicidad, nivel educativo, situación laboral, ingresos del hogar, edad y sexo del hijo; 2) Conocimientos relacionados con la obesidad infantil: se realizaron preguntas sobre problemas de salud asociados a la obesidad con opciones de respuesta de acuerdo o no de acuerdo; 3) Actitudes sobre la prevención de la obesidad infantil: se realizaron preguntas sobre si la participante a) consideraba muy importante o no muy importante controlar el peso de su hijo y saber qué alimentos y bebidas son saludables, b) pensaba que la alimentación del hijo era muy sana o no muy sana, c) estaba muy de acuerdo o no muy de acuerdo sobre la relación entre imagen corporal y salud; 4) Prácticas alimentarias maternas: se realizaron preguntas sobre si la participante llevaba a cabo prácticas de alimentación de restricción de consumo de alimentos y bebidas, informativas o ejemplares en su hijo con opciones de respuesta siempre o a veces/nunca, se preguntó sobre si la participante ponía límites a dulces y comida chatarra, controlaba lo que comía, enseñaba qué alimentos son buenos y comía sano para dar el ejemplo a su hijo; y, 5) Estado nutricional de los niños: se utilizaron las mediciones de talla y peso existentes en los registros de los CAPS. En

relación a los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas se evaluó su asociación por provincia de residencia y por estado nutricional del hijx. Con regresión logística multivariada de estado nutricional por conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas se analizaron 6 modelos controlando por características sociodemográficas de madres y niños.

**Resultados:** En las características demográficas de las diadas madres-hijos, la mayoría de las madres participantes tenía entre 14 y 30 años, estaba casada o en pareja, tenía nivel secundario en educación completo o incompleto, era ama de casa o estudiante y presentaba dificultad para cubrir los gastos con sus ingresos. El 53,2% de los niños en la muestra eran varones, el 34,8% tenía entre 2 y 3 años de edad, el 6,8% de los niños tenía bajo peso/delgadez, el 53,9% peso normal, el 21,6% sobrepeso y el 17,6% obesidad. Entre conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil y la provincia de residencia se demostró la existencia de un efecto significativo, en Jujuy, Tucumán y Catamarca la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimiento adecuado, y Santiago del Estero fue la provincia que mostró un porcentaje superior de madres con escaso o alterado saber. Entre la obesidad de los hijos y los conocimientos maternos no se encontró asociación significativa, los resultados relacionaron niveles de conocimientos maternos adecuados con mayor incremento de riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijos. Entre actitudes maternas y la provincia de residencia se encontraron asociaciones significativas, en las 4 jurisdicciones la mayoría de las madres mostró una actitud materna activa de cuidado, asertiva y favorable. Entre actitudes maternas y el estado nutricional del hijx también se demostró la existencia de asociaciones significativas, las actitudes maternas positivas se relacionaron con menor riesgo de obesidad infantil. Entre prácticas alimentarias maternas y la provincia de residencia se demostró la existencia de un efecto significativo de la variable lugar de residencia, los niños residentes en Tucumán presentaron mayor riesgo de obesidad que los niños residentes en Santiago del Estero. Entre prácticas alimentarias maternas y el estado nutricional de los niños se demostró la existencia de asociación significativa, los resultados exhiben la existencia de menor riesgo de sobrepeso u obesidad en los niños

ante prácticas alimentarias maternas de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares positivas o adecuadas.

**Conclusiones:** En las 4 jurisdicciones de la región del noroeste argentino estudiadas la obesidad en la población infantil menor de 6 años constituye un importante problema nutricional cuya distribución varía por provincia de residencia, siendo Catamarca la que presenta la mayor prevalencia y Santiago del Estero la menor. En esta investigación los conocimientos de las madres se relacionaron con mayor riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijos, y las actitudes y prácticas alimentarias maternas se relacionaron con menor riesgo de sobrepeso u obesidad en los niños. El estudio demostró que entre las provincias existen diferencias en las características de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil. En Jujuy, Tucumán y Catamarca, la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimiento adecuado sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil, y Santiago del Estero fue la provincia que mostró un porcentaje superior de madres con alterado o inadecuado saber. En las 4 jurisdicciones, la mayoría de las madres manifestó una actitud positiva sobre la prevención de la obesidad infantil. Y, en cuanto a las prácticas alimentarias de las madres, en las 4 jurisdicciones, la mayoría mostró habilidades de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares adecuadas. El estudio comprobó que la asociación de actitudes y prácticas alimentarias maternas con el exceso de peso persiste aun controlando por la influencia de variables sociodemográficas. Este trabajo también comprobó que los niños residentes en la provincia de Santiago del Estero presentaron menor riesgo de exceso de peso independientemente del nivel de conocimiento materno, aun controlando por la influencia de variables sociodemográficas. El modelo teórico empleado en este estudio, el de la Teoría de la Acción Razonada, demostró ser de gran utilidad como recurso para el diseño, planificación e implementación de políticas públicas y programas de educación para la salud sobre prevención de obesidad infantil y promoción de prácticas alimentarias saludables dirigidos a usuarios que utilizan el sistema de salud pública de Atención Primaria de la Salud. De este modo, se puede concluir que las diferencias encontradas entre las 4 provincias

estudiadas se producen y varían en base a elementos específicos que influyen el comportamiento de las madres en el cuidado de la salud infantil relacionados con factores a nivel familiar, económico, social y contextual vinculados al poder de compra y la disponibilidad de alimentos y bebidas, el acceso a equipos tecnológicos que fomentan conductas sedentarias, la oferta de comida y bebida no adecuada en lugares de permanencia o frecuentados por los niños como escuelas o centros de recreación, la implementación del etiquetado de alimentos y bebidas que posibiliten tomar decisiones informadas y la regulación de espacios publicitarios que promocionan alimentos y bebidas no saludables. La situación antes descrita, pone al descubierto que las medidas para la prevención y tratamiento integral de la obesidad infantil no sólo deben basarse en proporcionar información a las personas responsables del cuidado de los niños sino también contemplar en su diseño acciones de educación para la salud concretas que brinden respuestas diferenciales acordes a la realidad particular de cada provincia sobre el manejo de dificultades formativas y motivacionales orientadas a la prevención de esta condición de salud que permitan generar estilos de vida sanos en las diadas madres/hijos.

**Palabras clave:** obesidad infantil, conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas, noroeste argentino.

## ABSTRACT

**Introduction:** Malnutrition due to excess in the child population has become a serious public health problem worldwide and the existing scientific evidence shows that its prevalence is rapidly increasing.

**Objectives:** Examine, analyze and compare the relationship between knowledge, attitudes and maternal feeding practices about childhood overweight and obesity in the development of excess weight in children from 6 months to 6 years of age covered by maternal and child public health programs in 4 provinces of northwestern Argentina (NOA).

**Methods:** Questionnaires were applied among 924 mothers with children from 6 months to 6 years of age in Primary Health Care Centers (CAPS) in 4 provinces of northwestern Argentina (Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero and Catamarca). The purpose of the questionnaire was to examine: 1) Socio-demographic characteristics of the mother-child dyads: age, marital status, ethnicity, educational level, employment status, household income, age and sex of the child; 2) Knowledge related to childhood obesity: questions about health problems associated with obesity with answer options of agreement or disagreement; 3) Attitudes regarding the prevention of childhood obesity: questions about whether the participant a) considered it very important or not very important to control her child's weight and to know what foods and drinks are healthy, b) thought that the child's diet was very healthy or not very healthy, c) strongly agreed or strongly disagreed about the relationship between body image and health; 4) Maternal feeding practices: questions about whether the participant carried out informative or role modeled feeding practices to restrict the child's consumption of food and drinks, with response options always or sometimes/never, questions included whether the participant put limits on sweets and junk food, controlled what the child ate, taught what foods are good and ate healthy to set an example for her child; and, 5) Nutritional status of the children: height and weight measurements were obtained from existing CAPS records. In relation to maternal knowledge, attitudes and feeding

practices, their association was evaluated by province of residence and by the nutritional status of the child. Multivariate logistic regression was also used to analyze nutritional status by knowledge, attitudes and maternal feeding practices. This analysis included 6 models controlling for sociodemographic characteristics of mothers and children.

**Results:** Most of the participating mothers were between 14 and 30 years old, married or in a relationship, had completed or incomplete secondary education, were housewives or students, and had difficulties to cover expenses with their income. In the sample 53.2% of the children were male, 34.8% were between 2 and 3 years of age, and 6.8% of the children were underweight/thin, 53.9% normal weight, 21.6% overweight and 17.6% obese. There was a significant relationship between maternal knowledge about health problems associated with childhood obesity and the province of residence. In Jujuy, Tucumán and Catamarca the majority of mothers presented an adequate level of knowledge, and the province of Santiago del Estero showed a lower percentage of mothers with little or altered knowledge. There was no significant association between child's obesity and maternal knowledge. Results related adequate levels of maternal knowledge with a greater increase in the risk of overweight or obesity in children. Between maternal attitudes and province of residence, significant associations were found; in the 4 jurisdictions, the majority of mothers showed an active, assertive, and favorable maternal attitude of care. There were also significant associations between maternal attitudes and the nutritional status of the child. A significant effect was demonstrated between feeding practices and place of residence. Children residing in Tucumán had a higher risk of obesity than children residing in Santiago del Estero. There was also a significant relationship between maternal infant feeding practices and the nutritional status of their children. Results show the existence of a lower risk of overweight or obesity in children whose mothers were vigilant regarding food consumption or performed formative, exemplary or adequate infant feeding practices.

**Conclusions:** At the end of this study, it has been concluded that in the 4 jurisdictions of the northwest region of Argentina studied, obesity in the child population under 6 years of age constitutes an important nutritional problem whose distribution varies by province of residence, with Catamarca being the one that presents the highest prevalence and Santiago del Estero the lowest. In this research, mothers' knowledge was related to a higher risk of overweight or obesity in children, and maternal eating attitudes and practices were related to a lower risk of overweight or obesity in children. The study showed that between provinces there are differences in the characteristics of maternal knowledge, attitudes and feeding practices regarding childhood overweight and obesity. In Jujuy, Tucumán and Catamarca, the majority of mothers presented an adequate level of knowledge about health problems associated with childhood obesity, and Santiago del Estero was the province that showed a higher percentage of mothers with altered or inadequate knowledge. In the 4 jurisdictions, the majority of mothers expressed a positive attitude towards the prevention of childhood obesity. And, regarding the mothers' eating practices, in the 4 jurisdictions, the majority of mothers showed adequate consumption monitoring, formative or exemplary skills. The study confirmed that the association of maternal eating attitudes and practices with excess weight persists even controlling for the influence of sociodemographic variables. This work also verified that children residing in the province of Santiago del Estero presented a lower risk of excess weight regardless of the level of maternal knowledge, even controlling for the influence of sociodemographic variables. The theoretical model used in this study, the Theory of Reasoned Action, proved to be very useful as a resource for the design, planning and implementation of public policies and health education programs on the prevention of childhood obesity and promotion of practices. healthy foods aimed at users who use the Primary Health Care public health system. In this way, it can be concluded that the differences found between the 4 provinces studied occur and vary based on specific elements that influence the behavior of mothers in child health care related to factors at the family, economic, social and family level. contextual linked to the purchasing power and availability of food and beverages, access to technological equipment that encourages sedentary behaviors, the supply of inappropriate food and beverages in places where children stay or frequented such as

schools or recreation centers, the implementation of food and beverage labeling that makes it possible to make informed decisions and the regulation of advertising spaces that promote unhealthy foods and beverages. The situation described above reveals that measures for the prevention and comprehensive treatment of childhood obesity should not only be based on providing information to those responsible for the care of children but also include specific health education actions in their design. that provide differential responses according to the particular reality of each province on the management of training and motivational difficulties aimed at preventing this health condition that allow generating healthy lifestyles in mother/child dyads.

**Keywords:** childhood obesity, knowledge, maternal attitudes and feeding practices, northwestern Argentina.



## Breve descripción de cada capítulo de la tesis

El presente trabajo está estructurado en 10 capítulos. A continuación, se detalla una breve descripción de cada uno de ellos.

El Capítulo I, la Introducción, presenta el tema de investigación: la obesidad infantil y su relación a conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas. En esta sección de la tesis se muestran datos a nivel internacional, nacional y regional que evidencian el aumento sostenido en el tiempo de la obesidad en los niños pequeños que constituyen a esta condición de salud en un grave problema de salud a nivel mundial. Por otro lado, señala el impacto negativo que produce esta problemática socio sanitaria en el bienestar físico, psicológico y social de los niños. Posteriormente remarca el origen multicausal de la obesidad y las complicaciones que genera en los niños y sus familias. Y, finalmente, refiere al marco teórico que guió este trabajo y subraya la importancia de estudiar las variables de estudio propuestas en esta investigación: los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas.

En el Capítulo II se describe la justificación del estudio, en este apartado se narran las razones que motivaron a llevar a cabo esta investigación. En primer lugar, se proporcionan datos epidemiológicos sobre obesidad infantil, posteriormente se detallan factores de riesgo sobre elementos cognoscitivos, actitudinales/motivacionales y comportamentales de la obesidad infantil, y, por último, se destaca la importancia, utilidad y relevancia de llevar a cabo este estudio.

En el Capítulo III se detalla el estado del conocimiento acerca de la literatura existente sobre la prevalencia de sobrepeso, obesidad y exceso de peso de niños menores de 6 años, sobre la relación entre la obesidad infantil y los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación de personas responsables de su cuidado, y acerca de intervenciones de educación para la salud sobre elementos cognoscitivos, actitudinales/motivacionales y comportamentales orientados a la prevención de la obesidad infantil a nivel internacional, nacional y regional (NOA).

En el Capítulo IV se detalla el propósito, el objetivo general, los objetivos y las hipótesis de la investigación.

En el Capítulo V se definen términos como obesidad infantil, conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias, y se describe el marco conceptual de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) que sirvió de base y guía para este estudio.

En el Capítulo VI se detalla el marco metodológico: área de estudio, tipo y diseño de investigación, población y muestra, criterios de inclusión y de exclusión, técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos, base de datos utilizada, variables del estudio, procesamiento y administración de datos; y, los procedimientos sobre aspectos éticos que se implementaron para proteger los derechos, la seguridad y el bienestar e integridad física y mental de las personas que participaron en la investigación.

El Capítulo VII describe los resultados de estado nutricional según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo de trabajo internacional sobre la obesidad (IOTF, por sus siglas en inglés) por provincia de residencia de 2 rangos de edad: niños de 6 meses a 6 años (N=924) y niños de 2 a 6 años (N=640), las características demográficas por provincia de residencia y estado nutricional del hijo, el análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia y por estado nutricional del hijo, la regresión logística del estado nutricional por conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas, y, finalmente se elabora sobre la comprobación de las hipótesis.

En el Capítulo VIII se desarrolla la discusión, en esta sección se relacionaron y compararon los resultados del presente estudio con otros trabajos publicados sobre el tema a nivel regional, nacional e internacional, por un lado, y, por otro, con el marco conceptual de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) que sirvió de base en esta investigación. En este capítulo, también se detalló la importancia, fortalezas y limitaciones de la realización de esta investigación.

En el Capítulo IX se desarrolla la conclusión, en esta sección señalamos los hallazgos más relevantes del estudio relativos a las prevalencias de obesidad infantil encontradas en las 4 jurisdicciones de la región del noroeste argentino estudiadas, las características de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil entre las provincias, y, la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas con el estado nutricional de los niños entre las provincias. En este capítulo también manifiesto mi posición en relación al contenido que debe comprender un programa de educación y comunicación en salud y resalto la utilidad del modelo teórico empleado para el diseño, planificación e implementación de políticas públicas y programas de educación para la salud sobre prevención de obesidad infantil y promoción de prácticas alimentarias saludables dirigidos a usuarios que utilizan el sistema de salud pública de Atención Primaria de la Salud.

Y, por último, en el Capítulo X, en base a mis resultados y conclusiones diseñé recomendaciones basadas en una propuesta de intervención integral multidisciplinaria cimentada en la promoción de una alimentación saludable, de práctica de actividad física regular, de refuerzo o mejora de conocimientos, y de modificación conductual para contribuir a reforzar, mejorar y/o modificar saberes, motivaciones y comportamientos orientados a la prevención de la obesidad infantil en las personas responsables del cuidado de los niños. Por otro lado, sugerí continuar estudiando los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres en otras poblaciones a fin de poder identificar factores protectores y de riesgo a nivel específico y diseñar planes de acción a medida.

## CAPITULO I: INTRODUCCION

### 1.1 Obesidad infantil y su relación a conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas

La malnutrición por exceso en la población infantil se ha convertido en un grave problema de Salud Pública a nivel mundial y la evidencia científica existente demuestra que su prevalencia está en rápido aumento (Odgen et al., 1997) (Amine & Alwadi, 2001) (Lou & Hu, 2002) (Colomer Revuelta & Grupo PrevInfad, 2005) (MSN, 2007) (OPS, 2014) (OMS, 2016) (FAO, OPS, WFP & UNICEF, 2019) (MSyDSN, 2019).

En los países de América Latina la obesidad es la principal enfermedad nutricional (Kain et al., 2003). La transición epidemiológica en esta región se ha caracterizado por procesos de urbanización que suelen estar asociados con efectos nocivos sobre los patrones de alimentación y actividad física de la población. Los cambios en la dieta con la adopción de alimentos con alto contenido de grasa, sal y azúcar, acompañados por el sedentarismo, son los principales factores de riesgo para el incremento de la obesidad a nivel mundial (Popkin et al., 1995) (Popkin, 1998).

En América del Sur, donde la malnutrición y bajo peso fueron históricamente predominantes, hoy en día estas condiciones coexisten con el sobrepeso y la obesidad. Un estudio de De Onis y Bloosner (2000), mostró que ya en el inicio de la presente década, el porcentaje de sobrepeso en niños y niñas<sup>1</sup> de edad escolar en esta región era cercano al 5% mientras que el de niños con emaciación era de 1.8%.

Estudios realizados a nivel internacional, nacional y regional reafirman la tendencia ascendente del aumento sostenido de sobrepeso y obesidad infantil (Bejarano et al., 2005) (Duran et al., 2009) (Mauvecín, 2013) (Bustamante et al., 2014) (Alderete et al., 2016) (Barroso et al., 2016) (Alderete & Giorgetti, 2017) (Corvalán et al., 2017) (Alderete & Bejarano, 2017) (Morante Caicedo & Montece Díaz, 2019) (Mayta & Vargas, 2020) (Cruz León & Cruz Polo, 2019) (Villagra et al., 2022).

---

<sup>1</sup> De ahora en adelante “niños”, “hijos”, “pequeños” para referir a ambos sexos.

La literatura existente señala que el exceso de peso origina en los niños problemas de salud a corto y largo plazo a nivel físico, psicológico y social. Esta condición está asociada en la población infantil con diabetes tipo 2, presencia de factores de riesgo cardiovascular, hipertensión, colesterol, asma, alta probabilidad de obesidad en la adultez, depresión, ansiedad, menor autoestima, problemas de conducta, bullying, dificultades en la socialización y asociación a estereotipos negativos (Guo et al., 2000) (Azcona et al., 2000) (Deckelbaum & Williams, 2001) (Dietz & Gortmaker, 2001) (Achor et al., 2007) (CNN, 2015) (Yeste & Carrascosa, 2011) (Serra & Miñana, 2008) (Lizardo & Díaz, 2011) (Chiarpenello et al., 2013) (Masabanda Punina, 2022).

Existe consenso acerca de que el origen del sobrepeso y la obesidad es multifactorial y que se necesita una intervención multidisciplinaria sobre los niños y sobre su familia para minimizar sus complicaciones. Un factor importante se refiere a diseñar acciones concretas de Educación para la Salud con perspectiva local y/o regional, enfocadas en el control y manejo de dificultades cognitivas, motivacionales y de destrezas orientadas al desarrollo de habilidades alimentarias favorables para los niños dirigidas a las personas responsables del cuidado infantil, particularmente a las madres, quienes son consideradas como las cuidadoras principales de los niños pequeños. Esta situación indica la necesidad de estudiar los conocimientos, actitudes/motivaciones y comportamientos de las diadas madre-hijo que podrían contribuir al desarrollo de sobrepeso u obesidad en los niños pequeños.

Por lo antes expuesto, el presente estudio denominado “Obesidad Infantil: su relación con conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación materna”, tuvo como objetivo examinar, analizar y comparar la relación que existe entre los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas, y el desarrollo de exceso de peso en niños de 6 meses a 6 años cubiertos por programas de salud materno infantil en 4 provincias del noroeste argentino (NOA) (Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca).

El propósito del estudio fue contribuir a mejorar el estado nutricional de niños de ese grupo etareo, pertenecientes a poblaciones vulnerables de provincias del Noroeste argentino a través de aportar evidencia científica para el desarrollo de intervenciones

de prevención y manejo del sobrepeso y obesidad infantil en los programas de salud materno infantil.

El marco conceptual que guió este estudio fue el de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975). Esta teoría se basa en constructos teóricos relacionados a las motivaciones de los individuos para realizar comportamientos específicos. Incluye medidas de actitudes y percepciones normativas que determinan intenciones de comportamiento. Los autores argumentan que las personas toman del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos, los beneficios y las consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. Este marco teórico realza el papel de los factores cognoscitivos y las motivaciones como determinantes de la conducta de salud. De acuerdo a este marco teórico, los conocimientos, actitudes y comportamientos maternos podrían facilitar la incorporación de dietas saludables en sus hijos. Además, las respuestas positivas o alentadoras del entorno social podrían reforzar el comportamiento materno y el del niño (Alderete & Bejarano, 2017).

El conocimiento obtenido por el presente estudio podría beneficiar las acciones de educación y comunicación en salud dirigidas a promover comportamientos y motivaciones saludables en las personas responsables del cuidado infantil, y a la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y los problemas de salud asociados a esta condición.

## CAPITULO II: JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

En el mundo, el número de lactantes y niños de 0 a 5 años que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (OMS, 2016).

Según un reporte sobre Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe publicados por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, OPS, WFP & UNICEF, 2019), en el año 2017 el sobrepeso infantil se incrementó en comparación con los años anteriores hasta alcanzar el 7,3% de los niños menores de 5 años de América Latina y el Caribe, tasa que corresponde a cerca de 3,9 millones y supera al promedio mundial del 5,6%. A nivel regional, el retraso en el crecimiento es el déficit nutricional más común en niños de 0 a 59 meses, pero al mismo tiempo, el sobrepeso está muy extendido entre los niños menores de 5 años (Corvalán et al., 2017).

En Argentina, la 1° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) (MSN, 2007) llevada a cabo en los años 2004-2005, produjo datos preocupantes respecto al estado nutricional de los niños entre 6 y 60 meses: el 10,4% presentó obesidad, el 8,0% acortamiento, el 2,1% bajo peso y el 1,3% emaciación. La 2° ENNyS (MSyDSN, 2019), llevada a cabo en el año 2018, presentó en la población de menores de 5 años (0 a 59 meses), un 1,7% de bajo peso, 1,6% de emaciación, 7,9% de baja talla, 10% de sobrepeso, 3,6% de obesidad y 13,6% de exceso de peso. Estos datos indican que, en los últimos 13 años, se produjo un aumento creciente de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil argentina menor de 5 años.

En la región del Noroeste argentino (NOA) el estudio de Alderete y colaboradores (2016), que incluyó a madres con niños de 2 a 5 años encontró un 34.2% de exceso de peso sumado entre sobrepeso (19,6%) y obesidad (14,6%). Otro estudio de Alderete y colaboradores (2017), también realizado en el NOA en el marco de estudios

multicéntricos financiados por las Becas Carrillo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación entre 2013-2014 que incluyó a madres con niños de hasta 5 años encontró un 40.2% de exceso de peso sumado entre sobrepeso (22,6%) y obesidad (17,6%). Ferreyra y colaboradores (2020), que analizaron 466 registros de niños de 5 a 12 años que asistían a un establecimiento educativo público de nivel primario de la ciudad de Perico de la provincia de Jujuy, halló un 24% de exceso de adiposidad. El trabajo de Bustamante y colaboradores (2021), que analizó la magnitud del cambio en la prevalencia de delgadez y exceso de peso en escolares de 4-7 años de la ciudad de Jujuy capital, entre 1996 y 2015 encontró un aumento significativo ( $p$ -valor < 0,0001) en la prevalencia de sobrepeso de 15,1% (IC 14,6-15,6%) a 18,1% (IC 17,4-18,8%) y obesidad de 5% (IC 4,7-5,3) al 10,7% (IC 10,1-11,3%) y señaló que el porcentaje de cambio en la prevalencia de obesidad fue muy alto en todas las zonas y en ambos sexos (103,5% chicas; 125,6% en chicos), siendo mayor en el sur de la Ciudad para las chicas (122,4%) y en el norte para los chicos (158,8%). El trabajo realizado por Cruz (2021), que analizó el estado nutricional y los hábitos alimentarios en niños de 2 a 5 años residentes en un asentamiento periurbano de San Salvador de Jujuy, halló que un 25% presentaba obesidad y un 11% sobrepeso. De acuerdo a estos datos, en el NOA se evidencia un aumento creciente, sostenido y significativo en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años que supera duplicando y hasta triplicando las cifras obtenidas de exceso de peso (14,9%) sumado entre sobrepeso (8,8%) y obesidad (6,1%) a nivel región NOA en la 2° ENNyS (MSyDSN, 2019) para este grupo etario.

La evidencia científica existente señala que la obesidad infantil se está produciendo de manera acelerada y está afectando cada vez con más fuerza a la población infantil. El exceso de peso en niños pequeños es el resultado de la interacción de factores demográficos, socioeconómicos y del ambiente familiar y social acontecidos en las últimas décadas y presenta diferencias significativas entre los países, regiones y provincias, y dentro de cada uno/a de ellos/as.

En relación a los factores demográficos, un estudio realizado en Latinoamérica evidencia que la coexistencia de desnutrición y sobrepeso en la población infantil difiere de manera importante entre los países y dentro de ellos jugando la rápida



urbanización un papel importante en la promoción de dietas basadas en alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes acompañadas por comportamientos sedentarios (Corvalán et al., 2017). Otro estudio señala que en los niños de Argentina, los principales problemas nutricionales se basan en presentar coexistencia de condiciones de déficit y exceso con diferencias significativas según provincia, región o condiciones socioeconómicas de los hogares en que residen, inadecuaciones alimentarias, anemia y deficiencia subclínica de vitamina A (Duran et al., 2009).

En cuanto a los factores socioeconómicos vinculados al desarrollo de sobrepeso u obesidad en niños pequeños encontramos que en algunos casos están asociados a presentar un nivel socioeconómico bajo (Latorre Román et al., 2016), mientras que en otros casos están asociados a tener un nivel socioeconómico alto (Bergel Sanchís, 2014). También existe asociación con poseer bajo nivel educativo (Latorre Román et al., 2016) (Garraza et al., 2014) (Pasarín et al., 2014), y recibir asistencia del estado como asignación universal por hijo o suplemento alimentario (Alderete & Bejarano, 2017). Por su parte, Nivín Colcas (2010), demostró en su estudio que el incremento en la prevalencia de obesidad en la población pediátrica se ve influenciado por diversos factores entre los que señaló a los sociales, económicos, los estilos de vida, entre otros.

En lo que respecta a los factores del ambiente familiar, específicamente a los elementos en los que se enfoca esta investigación, los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas, encontramos diversos estudios que demuestran la influencia que estos componentes ejercen en el estado nutricional y en el comportamiento alimentario, así como en los referidos a la autovaloración, la sociabilidad y la adquisición de hábitos en los niños (sus hijos). Los saberes aprendidos impregnan juicios de valor y conducen a la puesta en escena de habilidades por parte de las madres, quienes son las personas que mayormente están involucradas en las prácticas cotidianas del hogar y las principales responsables del cuidado infantil (Pasarín et al., 2014) (Arias Pérez et al., 2017) (Arboleda Posada & Gallego Henao, 2014) (Amaro Hinojosa, 2017). La literatura existente señala que los componentes cognoscitivos, actitudinales/motivacionales y comportamentales de las personas responsables del cuidado infantil pueden actuar como factores protectores o

de riesgo en el desarrollo de sobrepeso u obesidad infantil, escenario que proporciona sustento para llevar a cabo la presente investigación, que tiene por objetivo examinar, analizar y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias que las madres de niños menores de 6 años que reciben asistencia de Programas de Salud Materno-infantil en 4 provincias del NOA (Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca), poseen a cerca de sobrepeso y obesidad infantil, y su prevención.

Esta investigación busca aportar en forma directa a familias con niños de poblaciones vulnerables del NOA, que son quienes participan en forma mayoritaria de los Programas de Salud Materno-infantil pertenecientes al sistema de salud pública de cada provincia participante. Al identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del exceso de peso en sus hijos se aportará evidencia científica que proporcionará a los profesionales de la salud herramientas de intervención educativa para brindar un mejor servicio en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la región y promover la salud de la familia en beneficio de la población infantil. Los resultados podrían contribuir a diseñar una serie de recomendaciones de Educación para la Salud sobre elementos cognoscitivos, actitudinales/motivacionales y comportamentales que tiendan a: a) mejorar y/o fortalecer el nivel de conocimientos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil; b) potenciar actitudes favorables y modificar actitudes negativas; y, c) transformar prácticas alimentarias inadecuadas en comportamientos de vigilancia, formativos y ejemplares positivos que logren mejorar o mantener el estado de nutrición y de bienestar de los niños.

Teniendo presente que la prevalencia de obesidad infantil es un problema de salud a nivel mundial, que muestra un aumento creciente y peligroso en nuestra región, que impacta en el bienestar de la población infantil a nivel físico, psicológico y social, y que, en Argentina y el NOA son escasos los estudios que vinculan la relación de conocimientos, actitudes y prácticas maternas y sus efectos sobre el estado nutricional infantil, se justifica la pertinencia e importancia del presente estudio a fin de obtener resultados que permitan incorporar al conocimiento científico acciones concretas de intervención en materia de educación en salud que brinden respuestas diferenciales acordes a la realidad particular de cada provincia en estudio y a nivel regional.

La utilidad de este trabajo está en que proporcionará información sobre los factores maternos asociados al desarrollo de exceso de peso en niñas pequeñas caracterizadas a nivel de provincias del NOA. Esto aportará a conformar un diagnóstico particularizado que posibilitará diseñar recomendaciones de Educación para la salud adaptadas a las conformaciones locales y a las necesidades particulares de madres y niñas. En términos generales se busca aportar a mejorar su calidad de vida brindando a los menores el mejoramiento de su nivel nutricional y previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social.

### CAPITULO III: ESTADO DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA

Para familiarizarnos en cuanto a la literatura existente sobre la relación entre la obesidad infantil en niños menores de 6 años de edad, y los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación de personas responsables del cuidado infantil, se realizó una búsqueda exhaustiva en repositorios digitales de acceso abierto nacionales (Repositorio Institucional del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET Digital)<sup>2</sup> y el Sistema Nacional de Repositorios Digitales (SNRD)<sup>3</sup> del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCYT)), e internacionales (de América Latina y el Caribe los Portales Multidisciplinarios de revistas científicas SciELO<sup>4</sup> (Biblioteca Científica Electrónica en Línea, por sus siglas en inglés) y Redalyc<sup>5</sup> (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), y, en buscadores como Google Académico<sup>6</sup>.

Los descriptores de búsqueda utilizados fueron: “obesidad infantil”, “obesidad en menores de 6 años”, “características maternas y obesidad infantil”, “características del niño obeso”, “conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas en niños”, “conocimientos maternos sobre obesidad infantil”, “conocimiento de la salud”, “actitudes maternas sobre obesidad infantil”, “prácticas maternas de alimentación”, “prácticas maternas asociadas a la obesidad en niños”, “influencia materna sobre la alimentación”, “percepción materna sobre el peso del hijo”, entre otras.

Los criterios de inclusión utilizados fueron aquellos artículos/tesis/libros cuya población fueran los principales responsables del cuidado infantil (madres en mayor magnitud, madres y padres, otros familiares o cuidadores), publicados en los últimos 30 años.

---

<sup>2</sup> <https://ri.conicet.gov.ar/>

<sup>3</sup> <https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/>

<sup>4</sup> <https://scielo.org/es/>

<sup>5</sup> <https://www.redalyc.org/redalyc/acerca-de/mision.html>

<sup>6</sup> <https://scholar.google.es/schhp?hl=es>

## 1.2 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en niños menores de 6 años en la región de Latinoamérica y Argentina

En relación a las prevalencias de sobrepeso y obesidad de niños menores de 6 años encontramos diversos estudios que reportan valores elevados de malnutrición por exceso de peso en la población infantil Latinoamericana y Argentina.

### 1.2.1 A nivel Latinoamericano

En este sentido, podemos citar el trabajo realizado en Cuba por Suárez Castillo y colaboradores (2010), cuyo objetivo fue caracterizar el estado nutricional de los niños con edades entre 1 y 6 años del círculo infantil “Amiguitos del Caribe”, en Ciudad de La Habana, que entre los resultados observó una tendencia al aumento de niños con sobrepeso y de obesos, con una prevalencia del 22,2% y 16% respectivamente.

Otro estudio es el realizado por Corvalán y colaboradores (2017), que señaló que en la región de América Latina existe una coexistencia de desnutrición y sobrepeso entre los niños que difiere de manera importante entre los países y dentro de ellos y que, si no se toman medidas, las tasas de niños con sobrepeso y obesos continuarán aumentando.

Estudios desarrollados en Perú también muestran valores elevados de exceso de peso en la población infantil, aquí podemos mencionar el trabajo llevado a cabo por Echevarría Castro y Matayoshi Pérez (2020), que encontró que la prevalencia de sobrepeso/obesidad en niños de 0 a 5 años fue de 4,5%. Otro estudio es el llevado a cabo por Nivín Colcas (2010), cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y los factores asociados a obesidad en niños menores de 5 años evaluados en la Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES CONTINUA 2004 – 2008, que encontró que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños menores de 5 años evaluados fue de 9.8% y 28.9% respectivamente.

### 1.2.2 A nivel Nacional

En Argentina, diferentes estudios demuestran la tendencia hacia el aumento de peso en la población infantil menor de 6 años, aquí podemos citar el trabajo realizado por Durán y colaboradores (2009), cuyo objetivo fue describir la situación de salud y el estado nutricional en niños de 6-72 meses según región y nivel socioeconómico, que encontró que el 8,0% de los niños presentó acortamiento, 1,3% emaciación y 10,4% obesidad, y concluyó que en Argentina coexisten condiciones de déficit y exceso, con diferencias significativas según provincia, región o condiciones socioeconómicas.

Otro estudio es el llevado a cabo en Mendoza por Garraza y colaboradores (2014), cuyo objetivo fue analizar el estado nutricional, la composición corporal y las enteroparasitosis de niños de 4-14 años del departamento de San Rafael considerando las condiciones socio-ambientales de residencia, que en relación al estado nutricional indicó mayor desnutrición crónica (8,9%) respecto a la global (1,9%) y aguda (0,2%), y mayor obesidad (10,4%) en comparación al sobrepeso (9,1%).

También podemos mencionar el trabajo llevado a cabo en seis provincias de Argentina por Oyhenart y colaboradores (2008), que respecto a las prevalencias generales de desnutrición y exceso de peso de infantes y jóvenes encontró en Jujuy un 23,0% y 12,8%, en Catamarca 25,9% y 10,8%, en Mendoza 12,5% y 17,1%, en La Pampa 9,6% y 22,1%, en Chubut 8,7% y 26,7%, y en la provincia de Buenos Aires en las Ciudades de La Plata 13,5% y 18,9%, y de Brandsen 10,5% y 21,3%, respectivamente; y que las prevalencias de malnutrición mostraron diferencias regionales con variación clinal: mientras la desnutrición decreció del norte al sur del país, el sobrepeso-obesidad mostró una situación inversa: mayor en el sur y menor en el norte.

En el norte argentino, Bolzán y colaboradores (2005), en el marco del Proyecto encuNa (Encuesta de Nutrición y Condiciones de Vida de la Niñez del Norte Argentino), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer el estado nutricional de la población de niños entre 6 meses y 6 años de edad de hogares pobres de nueve provincias del norte argentino. Entre los resultados encontraron que Tucumán y Santiago del Estero (NOA) y Corrientes y Misiones (NEA) mostraron las prevalencias más elevadas de bajo peso,

así como de baja talla, y, que la adecuación peso/talla e índice de masa corporal (IMC) mostró sesgos hacia la derecha reflejando, por un lado, la ausencia de emaciación como problema nutricional prevalente y la tendencia de ciertos grupos poblacionales infantiles hacia el riesgo de sobrepeso y obesidad. Los autores concluyeron que el problema de la desnutrición crónica emerge como prevalente, en tanto el riesgo de obesidad se encuentra presente, hecho que condiciona la necesidad de respuestas diferenciales acordes a la realidad particular de cada provincia.

### 1.2.3 A nivel regional (NOA)

Del mismo modo, encontramos esta tendencia hacia el aumento del exceso de peso en la población infantil en diferentes provincias de la región del noroeste argentino (NOA). Podemos reportar aquí el trabajo realizado en la provincia de Jujuy por Bustamante y colaboradores (2020), que tuvo por objetivo analizar el estado nutricional de escolares jujeños, entre 4 y 9 años, evaluados con el Índice de Fracaso Antropométrico Extendido y su relación con la altura geográfica, las diferentes modalidades de asistencia alimentaria escolar y el sexo, en dos momentos del año escolar, investigación que entre los resultados encontró que la categoría “sin fracaso” presentó la mayor frecuencia en ambas mediciones, seguida por exceso de peso y acortamiento, y que las diferencias por altura geográfica reflejaron que la malnutrición por déficit fue mayor en tierras altas y la malnutrición por exceso en tierras bajas.

Otro estudio es el de Romaguera y colaboradores (2008), que evaluó el estado nutricional de niños de 2 a 9 años de la Puna y Quebrada de Humahuaca de la provincia de Jujuy, y encontró que el retraso del crecimiento y la obesidad son problemas nutricionales importantes en los niños, que el retraso del crecimiento prevaleció en el 10,7% de los niños y que el 8,2% de los niños eran obesos.

Por su parte, el estudio de Ferreyra y colaboradores (2020), que analizó 466 registros de niños de 5 a 12 años que asistían a un establecimiento educativo público de nivel primario de la ciudad de Perico de la provincia de Jujuy, entre los resultados halló un 24% de exceso de adiposidad en los niños.

Otro estudio es el de Bustamante y colaboradores (2021), que analizó la magnitud del cambio en la prevalencia de delgadez y el exceso de peso en escolares de 4 a 7 años de la provincia de Jujuy entre 1996 y 2015, que encontró un aumento significativo ( $p$ -valor < 0,0001) en la prevalencia de sobrepeso de 15,1% a 18,1% y de obesidad de 5% al 10,7%, y señaló que el porcentaje de cambio en la prevalencia de obesidad fue muy alto en todas las zonas y en ambos sexos (103,5% chicas; 125,6% en chicos), siendo mayor en el sur para las chicas (122,4%) y en el norte para los chicos (158,8%).



También citamos aquí el estudio realizado por Cruz (2021), que analizó el estado nutricional y los hábitos alimentarios en niños de 2 a 5 años residentes en un asentamiento periurbano de San Salvador de Jujuy y halló que un 25% presentaba obesidad y un 11% sobrepeso.

Por su parte, Bejarano y colaboradores (2005) realizaron un estudio en la provincia de Jujuy, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición y su evolución (1995- 2000) en escolares de dos grupos de edad (4-10 años y 11-16 años) de San Salvador de Jujuy. Entre los resultados encontraron aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en el período analizado. Los porcentajes variaron según el sexo, la edad y el criterio utilizado. Los autores confirmaron la existencia del paradigma nutricional emergente “obesidad en la pobreza”, por lo que sugirieron que la evaluación del sobrepeso y la obesidad debería incluir más de un criterio, en razón de que éstos proporcionan resultados similares, pero no idénticos.

Reportamos aquí otro estudio de Bejarano y colaboradores (2004), que tuvo por objetivo analizar los principales resultados obtenidos a través de diversas investigaciones llevadas a cabo dentro del Programa “Poblaciones nativas del Norte de la República Argentina: aspectos genéticos y bioantropológicos”, sobre las características auxológicas de las poblaciones infantiles jujeñas (6 meses a 12 años) y su relación al factor altura geográfica que analizó dos indicadores antropométricos: talla/edad y peso/edad por sexo, edad y región de residencia (Puna, Quebrada, Valle y Ramal) y realizó comparaciones interregionales e interpoblacionales utilizando distintas pruebas estadísticas (comparación de medias, prueba-t, comparación de proporciones y ANOVA), en donde la evaluación nutricional de las poblaciones se realizó solo en el grupo de edad de 1 a 6 años con datos provenientes de PROMIN (Programa Materno-Infantil, registros relevados entre los años 1997 y 1999) y APS (Atención Primaria de la Salud, datos obtenidos entre 1996 y 1999) a través de dos indicadores (OMS, 1995): puntuaciones z (Pz) e índice de masa corporal relativo (IMCR). Entre los resultados encontraron que en todos los casos los varones son más altos y más pesados que las mujeres siendo, en general, estas diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0.05$ ) en la mayoría de los grupos de edades, que

los valores más altos de talla y peso promedio se encontraron en las regiones de menor altitud (Valles y Selvas), que al comparar los promedios se observaron en ambos sexos y en la mayoría de los grupos de edades diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0.05$ ) entre Valles/Selvas y Puna/Quebrada y altamente significativas ( $P < 0.00$ ) entre Selvas y Valles contra Quebrada y Puna.

También nombramos el estudio llevado a cabo por Juiz y colaboradores (2002), que tuvo por objetivo evaluar las características familiares, personales, clínicas y bioquímicas del niño y adolescente obeso (2-18 años) de la ciudad de Salta, que observó en los niños y adolescentes que el 50% tenía peso de nacimiento por encima del percentilo 90, el 55% había recibido alimentación nocturna en sus primeros años de vida, no realizaba actividad física el 61%, el 58% presentó obesidad grave y mórbida y 9% tenía hipertensión.

Los distintos estudios examinados sobre prevalencia de exceso de peso de niños pequeños a nivel Latinoamericano, Argentina y regiones de nuestro país reportan una tendencia hacia el aumento de niños con sobrepeso y obesidad en la población infantil menor de 6 años de edad en los últimos años, en donde se observan diferencias por países y regiones.

### 1.3 Factores cognoscitivos, actitudinales y comportamentales de la obesidad infantil

#### 1.3.1 A nivel Latinoamericano

##### 1.3.1.1 Conocimientos maternos, maternos/paternos y/o de cuidadores

En cuanto a los conocimientos que tienen las madres/padres/cuidadores (como ser tíos/tías, abuelos/abuelas, amigos/as, niñeras, entre otros/as) sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil encontramos que son pocos los trabajos que han abordado los componentes aquí estudiados, es decir, que examinan la información que manejan lxs cuidadores sobre problemas de salud asociados con el exceso de peso.

En este apartado podemos citar el trabajo realizado en México por García (2010), cuyo objetivo fue identificar la percepción materna del peso del hijx preescolar por palabras y por imágenes y los factores que la influyen, que señaló que las madres reconocen que un niñx con sobrepeso puede tener problemas como diabetes mellitus, hipertensión o sobrepeso cuando sea adulto.

Otro trabajo es el realizado en Perú por Ramos Huamayalli de Arista (2018), que encontró que predomina entre las madres un nivel bajo y medio de conocimientos sobre obesidad que puede conllevar en sus hijxs a sufrir enfermedades en la edad adulta, tales como hígado graso, infarto al corazón y diabetes tipo 2.

Entre los estudios que reportan conocimientos, actitudes y/o prácticas sobre alimentación, tipo y propiedad de alimentos y su relación al estado nutricional de niñxs pequeños podemos mencionar varios estudios realizados en Perú, como el de Coca Jurado (2019), que demostró que el 76% de los padres de preescolares de 3 a 4 años y 9 meses obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre la palabra alimentación y el tipo, propiedad y frecuencia de consumo de alimentos; el estudio realizado por Mayta y Vargas (2020), que encontró que el 54% de las madres de niñxs menores de 3 años tiene un nivel de conocimiento sobre alimentación alto, el 32% un conocimiento medio y solo el 14% un conocimiento bajo; la investigación de Vásquez Idrogo (2018), que halló que el componente cognitivo o de conocimiento de las madres sobre alimentación

saludable en preescolares fue favorable; la investigación realizada por Cruz León y Cruz Polo (2019), que encontró que el 74,6% de las madres de preescolares tienen alto nivel de conocimiento sobre alimentación y que el porcentaje restante presenta nivel de conocimiento medio; otro trabajo es el llevado a cabo por Bustamante Julca y Tinoco Rodas (2014), que encontró que el 77,3% de las madres de niños menores de cinco años tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación saludable. Asimismo, citamos el trabajo llevado a cabo por Jauregui Romero (2018), que mostró que el 55% de las madres presentó un nivel de conocimiento medio, 33,75% bajo y 11,25% alto; y, el estudio realizado por Shocosh (2019), que encontró que la mayoría de las madres de niños preescolares tenían una percepción adecuada respecto de la alimentación saludable y consideraban que debía ser balanceada, variada, natural e incluir todos los grupos de alimentos.

También podemos mencionar como estado del arte desarrollado en Perú el trabajo realizado por Espinoza Risco y Reyes Baca (2016), que halló que el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación infantil de los niños de 1 a 3 años es bueno en el 18,8%, regular en el 52,2% y bajo en el 20,29%, y que el estado nutricional según peso para la edad de los niños es normal en un 73,9%, con sobrepeso en un 11,6% y con desnutrición en un 14,5%; y el estudio llevado a cabo por Rodríguez Sánchez y Santos Acevedo (2013), que encontró que el nivel de conocimiento materno sobre loncheras nutritivas fue en un 53,5% bueno y en un 46,5% regular, y que del total de preescolares según el indicador peso/talla, el 6% tenía desnutrición severa, el 4% desnutrición, el 85% peso normal, el 6% sobrepeso, y que en peso/edad, el 11% presentaba desnutrición, el 85% peso normal y el 4% tenía sobrepeso, y finalmente que en talla/edad, el 7% tenía talla baja, el 90% talla normal y el 3% talla alta.

Otro trabajo a citar aquí es el desarrollado en Colombia por Arias Pérez y colaboradores (2017), que halló que las madres de niños de edad preescolar reconocían el concepto de alimentación saludable y lograban identificar los grupos de alimentos más importantes en la dieta de sus hijos.

En Venezuela, encontramos el estudio llevado a cabo por González Cabriles (2013), que mostró que en las familias de niños obesos las madres en general no

participaban en la toma de decisiones en la compra de alimentos y no poseían nociones de alimentación equilibrada que les permitieran planificar la compra de alimentos.

En Chile, tenemos el estudio realizado por Durand Pinedo (2010), que determinó que el 67% de las madres de niños preescolares evaluadas presentó un nivel de conocimientos de medio a bajo sobre alimentación saludable.

Entre los estudios sobre saberes de personas responsables del cuidado infantil que refieren a nutrición y normas de higiene podemos citar trabajos realizados en Ecuador como el de Realpe Silva (2014), que halló que las personas evaluadas tienen un buen nivel de conocimientos en aspectos de nutrición saludable y normas de higiene; el estudio llevado a cabo por Morante Caicedo y Montece Díaz (2019), que encontró que el nivel de conocimiento de madres de niños menores de 5 años sobre nutrición medido fue bajo; el estudio de Tobar Cazorla (2015), que determinó que el 92% de las madres de familia tienen conocimientos adecuados sobre la alimentación que requieren los menores de 1 a 5 años de edad y la información necesaria sobre las necesidades nutricionales de los niños en la edad fundamental del crecimiento; y, el estudio llevado a cabo por Asencio Borbor y Muñoz Reyes (2012), que encontró que existía en las madres y cuidadoras de niños preescolares de 2 a 5 años a nivel cultural mucho desconocimiento sobre nutrición.

Por su parte, en Perú podemos mencionar el estudio de Llanca Mendoza (2019), que encontró que el 65,2% de las madres de los preescolares presentaban un nivel de conocimiento medio sobre alimentación y nutrición; y el estudio llevado a cabo por Vigo Lázaro (2018), que halló que la mayoría de los niños de 3 a 5 años con sobrenutrición (66%) fueron clasificados por sus madres como normales, notándose una marcada alteración de la percepción en este grupo ya que tras la aplicación de la prueba estadística se obtuvo un valor de  $p$  de 0,007 y un coeficiente Gamma de 0,605, y, en cuanto al nivel de conocimientos alimentarios que del 68,9% de niños que clasificaron como sobrenutridos, el 49,5% de sus madres habían obtenido un bajo nivel de conocimientos alimentarios.

En cuanto a las investigaciones acerca de conocimientos sobre prevención de la obesidad infantil podemos nombrar estudios realizados en Perú por Soto Malpartida

(2021), que halló que el nivel de conocimiento de madres de niños de 3 a 6 años sobre prevención de la obesidad infantil era medio con el 65,38%; el trabajo de Fernández Pérez y colaboradores (2017), que encontró que el 42% de las madres de niños preescolares habían alcanzado un nivel de conocimiento medio sobre prevención de la obesidad infantil y el 25% un nivel bajo, y que, en relación a las dimensiones, habían alcanzado en su mayoría un nivel de conocimiento medio sobre generalidades de obesidad infantil (65%), alimentación saludable (40%) y actividad física (59%); la investigación de Trujillo Ramírez (2019), que encontró en relación al nivel de conocimiento de madres de niños de 5 a 9 años que el 50% presentaba un nivel medio, el 44% un nivel bajo y solo el 6,25% un nivel alto y en referencia a los factores asociados que el 30% era padre obeso, que el 86% realizaba actividad de 30 minutos, que el 70% jugaba con la computadora, tablet, celular más de 1 hora, que en lo concerniente a lonchera escolar que el 2,5% le entregaba propina a sus hijos, el 97,5% llevaba lonchera preparada en casa, en cuanto a los hábitos alimenticios que el 58,8% de los niños consumía snacks (papas en hojuelas, camotes y frugos), respecto a las formas de alimentación del hijo que el 82,5% comía mirando la televisión, y, finalmente que el 6,3% recibía sobrenombres por su apariencia; y, el estudio llevado a cabo por Ramirez Humari (2019), que encontró que las madres de niños menores de 5 años percibieron elementos que dificultaban la prevención del sobrepeso y obesidad en el preescolar como la limitada disponibilidad de tiempo, los nuevos hábitos adquiridos y la limitada información sobre el tamaño de la porción, y que reconocían la existencia de factores que contribuían a la elección de alimentos como el entorno familiar y el uso de técnicas para reforzar el comportamiento del niño.

En Ecuador, tenemos el estudio de Mero Quijije (2018), que demostró que un 5% de los niños investigados presentaron sobrepeso, que la edad más vulnerable es la de 2 a 4 años en donde predomina el sexo femenino, y que es necesario ayudar a mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo relacionados con la obesidad infantil mediante la ejecución de charlas educativas dirigidas a los padres de familia que hacen atender a sus hijos en el Centro de Salud Municipal de Portoviejo.

En relación a investigaciones realizadas sobre conocimientos y prácticas alimentarias maternas, maternas/paternas y/o de cuidadores podemos nombrar el

estudio realizado en Ecuador por Valencia Olalla (2016), que encontró que el conocimiento sobre alimentación infantil de las madres de niños menores de 5 años fue no satisfactorio en un 87,7%, que el 79,5% presentaron conductas alimentarias inadecuadas, que no existía relación estadísticamente significativa entre conducta alimentaria y conocimiento de las madres, pero que si existía relación estadísticamente significativa entre conducta y edad e instrucción de las madres.

De Venezuela, reportamos el estudio de Becerra y colaboradores (2018), que enunció que era posible confirmar que existía un problema de salud ya que el 57,1% de los niños preescolares presentaba algún tipo de malnutrición, y que existía asociación estadísticamente significativa entre las prácticas sobre una adecuada alimentación infantil de los padres y el estado nutricional de los preescolares ( $p < 0,01$ ), lo que se corroboró al observar que, independientemente de los conocimientos, el 61,9% de los padres llevaban a cabo malas prácticas de alimentación infantil.

Otro trabajo es el realizado en Colombia por Londoño Franco y Mejía López (2008), que encontró en niños de seis meses a cinco años prevalencia de bajo peso de 9,4%, talla baja de 5,4%, riesgo de sobrepeso de 8,6% y de sobrepeso de 7,5%, y que los factores independientes relacionados con desnutrición eran el bajo nivel educativo de las madres (OR 1,22) y el no recibir suplemento de alimentación en un hogar infantil (OR 1,47); con exceso de peso el no asistir a crecimiento y desarrollo (OR 2.8), considerar prioritarios los tubérculos entre los alimentos en el primer año de vida (OR 2.24) y no haber recibido lactancia exclusiva.

También podemos mencionar el estudio llevado a cabo en Chile por Gajardo Ibañez (2010), cuyo objetivo fue analizar algunas características socioculturales familiares asociadas con un mayor riesgo de obesidad en los preescolares beneficiarios de JUNJI que no encontró grandes diferencias entre los grupos de niños, sin embargo, señaló que algunas conductas alimentarias como comer con mayor apetito, solo y a deshora fueron significativamente más frecuentes en el niño obeso que en el grupo control, que una segunda diferencia se encontró en el menor tiempo invertido en actividades físicas por el niño obeso comparado con el grupo control, otro hallazgo fue la percepción del estado nutricional de la madre que no concordó con su IMC, ya que sólo un 46% reconocía su estado de obesidad.

En cuanto a investigaciones realizadas sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas, maternas/paternas y/o de cuidadores podemos nombrar estudios realizados en Colombia, como el de Sastoque Bustamante (2019), que entre los resultados encontró que el 97% de los padres/madres de niños entre 1 y 5 años conocía que el consumo de dulces no es saludable, pero el 52% de ellos ofrecía alimentos azucarados como premio si su hijo consumía los alimentos ofrecidos, que el 6% de los encuestados nombraba correctamente los grupos de alimentos del Plato Saludable de la Familia Colombiana y que el 77% mencionaba tres ejemplos de los seis grupos de alimentos; que el 100% de las familias contaba con actitudes saludables como ofrecer desayuno antes de ir al jardín, brindar diferentes alimentos, e incluir 5 frutas y verduras diariamente, pero que algunas de ellas tenían barreras para cumplirlas, y que el 100% de los niños había realizado alguna actividad física el día previo a la encuesta, encontrando entre las más frecuentes ir al parque, montar bicicleta o triciclo y jugar en la casa.

Otro estudio es el realizado por Baltazar Ñahui (2016), que entre las principales medidas de resultados (nivel de conocimiento (bajo, medio y alto), actitudes (favorables y desfavorables) y prácticas maternas sobre uso de granos andinos alimentación del preescolar), encontró que del total de madres de niños de 3, 4 y 5 años entrevistadas, el 41% presentaba nivel de conocimiento medio, 30% nivel bajo y 29% nivel alto; que el 59% presentaba actitudes desfavorables y el 41% actitudes favorables; respecto a las prácticas, el 44% usaba la quinua 1 a 2 veces por mes, la mayoría la usaba en guisos, y de los alimentos que la acompañaban los más resaltantes fueron el arroz, leche, queso y carne de pollo; que el 9% de las madres usaba la kiwicha, de ellas la mayoría la usaba 1 a 2 veces por mes, todas la usaban en bebidas y la acompañaban con leche y azúcar; y por último, que ninguna madre manifestaba usar la cañihua. La autora concluyó que la mayoría de las madres presentaba un nivel de conocimiento medio y tenía actitudes desfavorables. La mayoría de ellas usaba la quinua en diferentes preparaciones y la acompañaba con varios alimentos; mientras que pocas madres usaban la kiwicha y ninguna la cañihua.

También podemos mencionar el estudio realizado en Ecuador por Aráuz Tipanta (2013), que entre los resultados mostró que los conocimientos alimentarios de las



madres de niños preescolares de 2 a 5 años no se relacionaban con el estado nutricional de los hijos; mientras que las actitudes y prácticas alimentarias de las madres como, preparación de la alimentación ( $p=0,000$ ), decisión alimentaria ( $p=0,000$ ), si el preescolar desayuna ( $p=0,000$ ), quien prepara el desayuno ( $p=0,004$ ), quien decide la lonchera ( $p=0,001$ ), frecuencia de consumo de cereales y derivados ( $p=0,006$ ) se relacionaban con el indicador peso/edad. Así como también que el indicador talla/edad se relacionaba con la persona que preparaba los alimentos ( $p=0,010$ ), y el consumo de snacks ( $p=0,006$ ); mientras que el indicador IMC/Edad se relacionaba con el consumo de frutas ( $p=0,045$ ).

En los diversos trabajos explorados a cerca de conocimientos sobre factores de riesgo relacionados con el exceso de peso en niños pequeños de personas responsables del cuidado infantil durante los primeros años de vida a nivel Latinoamericano encontramos que predomina un nivel medio y bajo de saberes relativos a problemas de salud asociados a la obesidad infantil, al concepto de alimentación, alimentación infantil, alimentación saludable, alimentación equilibrada, loncheras saludables, nutrición, obesidad, obesidad infantil, prevención de la obesidad infantil, actividad física, normas de higiene, identificación de grupos de alimentos importantes, y, tipo, propiedad y frecuencia de consumo de alimentos. Por otro lado, hallamos que la mayoría de los estudios publicados al respecto fueron producidos en Perú, en menor medida en Ecuador y encontramos pocos registros en Colombia, Venezuela, Chile, México y Argentina.

### 1.3.1.2 Actitudes maternas, maternas/paternas y/o de cuidadores

En relación a las actitudes de las personas responsables del cuidado infantil encontramos diversos estudios que examinaron la valoración actitudinal/motivacional para la prevención de la obesidad infantil que reportan formas indiferentes, malas, regulares o buenas, positivas o negativas, adecuadas o inadecuadas, favorables o desfavorables. Entre los estudios que reportan actitudes sobre la alimentación que despliegan las personas a cargo del cuidado infantil podemos citar el trabajo realizado en Colombia por Arias Pérez y colaboradores (2017), que encontró que frente a las actitudes sobre la alimentación de los hijos de edad preescolar las madres se mostraban indiferentes; la investigación llevada a cabo también en Colombia por Sastoque Bustamante (2019), que halló que el 100% de las familias contaba con actitudes saludables como ofrecer desayuno antes de ir al jardín, brindar diferentes alimentos e incluir 5 frutas y verduras diariamente; y, el estudio realizado en Ecuador por Herrera Vélez (2019), que halló que un 85% de cuidadores de preescolares tenía mala y regular actitud al momento de alimentar a los niños. Otro estudio es el realizado en Perú por Coronado Bulege y De La Cruz Nieto (2016), que determinó la existencia de una relación positiva y significativa entre las actitudes maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares de instituciones educativas de nivel inicial.

Otro trabajo a nombrar aquí es el realizado en México por Rodríguez González y Larrosa Haro (2013), cuyo objetivo fue ofrecer un acercamiento al problema de salud pública representado por la obesidad infantil, que observó que la comida desempeña un papel fundamental en todas las culturas y que está llena de significados, es decir, que puede ser una forma de expresar emociones, comunicar normas sociales, operar como una forma de interacción social y delimitar la cultura.

En relación a las investigaciones que refieren a actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad infantil podemos mencionar el trabajo realizado en México por Rivera Campos y Sotelo Quiñonez (2019), que señaló que las madres reportaban una actitud negativa hacia el sobrepeso y la obesidad infantil y que estaban de acuerdo con respecto a las consecuencias negativas del exceso de peso en los niños,

principalmente sobre las que se dan a nivel emocional. Otro trabajo es el realizado en Perú por Ramirez Humari (2019), que encontró que las madres de niños menores de 5 años percibían elementos que dificultaban la prevención del sobrepeso y obesidad en los preescolares como la limitada disponibilidad de tiempo, los nuevos hábitos adquiridos, la limitada información sobre el tamaño de la porción, la existencia de factores que contribuían a la elección de alimentos como el entorno familiar y el uso de técnicas para reforzar el comportamiento del niño. Por su parte, la investigación realizada en Colombia por Anaya García y Alvarez Gallego (2018), encontró que la familia era determinante en la formación de las preferencias alimentarias de los niños y que también lo era en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Otro estudio a reportar es el de Durán (2017), que encontró respecto a la asignación de sentido sobre obesidad infantil, que las madres referían a conductas relacionadas con la educación, la historia familiar, el contexto socio-cultural y las ideas que acentuaban comportamientos negativos de los adultos hacia los niños.

También podemos mencionar diversos estudios realizados en personas responsables del cuidado de la población infantil que afirman que la percepción materna y/o paterna subestimada, no adecuada, errónea o alterada del estado nutricional afecta la percepción del estado nutricional de sus hijos y es a su vez un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de malnutrición por exceso. En este apartado podemos reportar trabajos realizados en México como el de Flores Peña y colaboradores (2017), que fue realizado en 566 diadas madre/hijo de edad preescolar, que encontró que las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tenían una percepción materna del peso del hijo no adecuada; otro trabajo de Flores Peña y colaboradores (2009), realizado en 418 diadas madre-hijo del área urbana de Monterrey Nuevo León, que encontró que las madres de niños con sobrepeso-obesidad subestimaban el peso del hijo, y que, las imágenes eran útiles para que las madres reconozcan esa situación. También citamos el estudio llevado a cabo por Hernández Carranco (2016), que identificó que la percepción materna del peso del hijo, el disfrute de los alimentos y el no ser físicamente activo contribuían a la explicación del sobrepeso-obesidad infantil.

Por su parte, Candelero Juárez (2014), entre los resultados de su trabajo encontró al evaluar la percepción materna del peso del hijo por palabras que el 93.3%

y el 83.8% de las madres de hijxs con sobrepeso y obesidad respectivamente los refirieron con un peso menor, concluyendo que las madres de hijxs con sobrepeso-obesidad subestimaban el peso del hijx.

También mencionamos aquí, el estudio llevado a cabo en el Estado de Nueva León por Amaro Hinojosa (2017), en 233 diadas madres/hijx preescolar, que encontró que las características maternas presentaron alfabetización en salud limitada (75.6%) y percepción materna sobre el peso del hijx de madres con hijxs con sobrepeso-obesidad no adecuada.

Por su parte, Sánchez Morales (2012), en su estudio identificó que la semejanza en la prevalencia de sobrepeso en niñxs de las Estancias Infantiles (EI) con la encontrada en el estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social, podría deberse a algunos factores de riesgo que persistían en las EI y en los hogares, entre ellos el nivel socioeconómico bajo, la inseguridad alimentaria familiar, la prevalencia de obesidad de los padres, la percepción errónea del peso corporal del hijx, la auto-eficacia materna baja, así como el cansancio y la pereza.

En el Noreste de México, Flores Peña y colaboradores (2014), realizaron un estudio que encontró que cuando las madres de hijxs con sobrepeso-obesidad percibían de forma adecuada esta situación realizaban acciones relacionadas con la dieta y reconocían problemas. Otro estudio realizado en el Noreste de México por Flores Peña y colaboradores (2014), entre los resultados encontró que el 63.71% y el 74.9% de madres de hijxs con sobrepeso-obesidad no percibían adecuadamente el peso del hijx. Otra investigación de Flores Peña y colaboradores (2009), encontró que las madres de niñxs con sobrepeso/obesidad subestimaban el peso del hijx.

El estudio realizado en Chile por Miranda Hermosilla (2017), halló que los padres y madres de niñxs con sobrepeso y obesidad presentaban un 91,6% de error de percepción.

En Perú tenemos el estudio llevado a cabo por Yarasca Garay (2016), que encontró que las participantes no reconocían el peso en exceso de sus hijxs y que ellas percibían al exceso de peso como un problema para la salud por acumulación de grasa corporal.

En Paraguay, podemos mencionar el estudio de Cabrera Rojas y colaboradores (2013), que halló que el 6,2% de los niños presentaba desnutrición, el 59,3% estaban eutróficos, el 23% tenía sobrepeso y 11,5% se encontraba con obesidad, y que de los niños con malnutrición en exceso (34,5%) sólo 9 madres los percibía adecuadamente, situación que apoyaría la hipótesis de que el sobrepeso/obesidad son patrones de normalidad para esas madres.

Respecto a los estudios que reportan actitudes y prácticas alimentarias que desarrollan personas a cargo del cuidado infantil podemos mencionar el trabajo llevado a cabo en Ecuador por Herrera Vélez (2019), que indicó que el 85% de los cuidadores tenía mala y regular actitud, que el 65% de los cuidadores contaba con formación en educación superior y que el 85% tenía a la madre como su propia cuidadora.

Otro trabajo es el realizado en Chile por Rivera Muñoz (2018), que encontró una relación positiva entre el estado nutricional de los niños preescolares y la preocupación por el peso del niño por parte de los cuidadores principales, y entre Índice de Masa Corporal y responsividad a la comida y comer emocional de los niños. Por otro lado, señaló que restricción correlacionó positivamente con las dimensiones de aproximación a los alimentos y porcentaje de grasa corporal, y que no se encontró efecto mediador ni moderador de la conducta alimentaria en la relación entre actitudes y prácticas de alimentación infantil y estado nutricional.

En México podemos nombrar el estudio de Elenes Rodríguez (2015), que encontró que el 91,4% de las madres de hijos con sobrepeso-obesidad no percibían esta situación por palabras y por imágenes el 62,1%, y que el 35,5% de las madres presentaba estilo de alimentación infantil autoritario.

También podemos mencionar en este apartado el estudio llevado a cabo en Brasil por Sanches Marins y Andrade Rezende (2011), que encontró que la alimentación era tema de gran preocupación para las madres de niños de 3 a 6 años, que la principal dificultad refería a los cambios propios del desarrollo infantil ya que las madres no sabían lidiar con esos cambios, motivo por el que usaban varias estrategias perjudiciales, tales como cambalache, insistencia, castigo y coerción, además de camuflar o mezclar los alimentos recusados con los aceptados.

En los diversos estudios examinados sobre las actitudes que tienen las personas responsables del cuidado infantil a nivel Latinoamericano encontramos pocos estudios que reportan comportamientos positivos o saludables, en otras palabras, localizamos que prevalecen comportamientos motivacionales no adecuados, negativos, malos y/o regulares, alterados o indiferentes relativos a la alimentación, el tamaño de la porción, la elección de alimentos, los momentos de alimentación, los tiempos de alimentación, el uso de técnicas para la alimentación, el entorno familiar, la percepción materna y/o paterna subestimada, no adecuada o alterada del estado nutricional de los niños y la asignación de sentido respecto a la obesidad infantil. Por otro lado, hallamos que la mayor producción académica al respecto fue elaborada en México, en menor magnitud en Colombia y Perú, y localizamos escasas investigaciones en Paraguay, Argentina, Chile, Brasil y Ecuador.

### 1.3.1.3 Prácticas alimentarias maternas, maternas/paternas y/o de cuidadores

Respecto de las prácticas alimentarias, investigaciones realizadas en diferentes poblaciones reportan habilidades de personas responsables del cuidado infantil adecuadas o inadecuadas, positivas o negativas, correctas o incorrectas, favorables o desfavorables, agradables o desagradables vinculadas al desarrollo de exceso de peso en niños pequeños.

Entre los trabajos que reportan prácticas sobre nutrición y normas de higiene podemos citar el estudio realizado en Ecuador por Realpe Silva (2014), que halló que los cuidadores de niños preescolares en el hogar tenían un buen nivel de prácticas en aspectos de nutrición saludable y normas de higiene.

Entre los estudios que señalan prácticas alimentarias de elección, variedad y frecuencia de consumo podemos mencionar el trabajo realizado en Ecuador por Mero Quijije (2018), que halló en lo referente a los alimentos que le proporcionaba la madre al niño que el 21% los alimentaba con zanahoria, huevo, papaya, melón y comida chatarra y que el 61% de las madres optaba por proporcionar alimentos ricos en vitamina como el Col, brócoli, espinaca, calabaza. Por su parte, el trabajo realizado en Ecuador por Leon Velásquez y Tobar Alvarez (2019), halló que los niños que tenían más de 5 comidas al día presentaban una alimentación inadecuada por exceso y tenían riesgo de sobrepeso y obesidad. Otro trabajo es el realizado en Perú por Bustamante Julca y Tinoco Rodas (2014), que halló que el 83,3% de las madres de niños menores de 5 años tenía prácticas desfavorables sobre la alimentación, que la alimentación usual era a base de panes, arroz, plátano, leche, aceite, azúcar, yuca y papa, que el consumo de pescado y carne de res tenía una frecuencia de 1 a 2 veces por mes, y que el consumo de frutas y verduras poseía una frecuencia de quincenal.

Otro trabajo que podemos mencionar en este apartado es el realizado en México por Angel García (2017), que encontró que lo que más consumían como alimento los niños fueron los cereales dulces 62,90%, que el rol materno estaba representado por las prácticas de alimentación infantil en donde la media más alta era la responsabilidad percibida por la alimentación (89,97%) y la más baja la regulación emocional (18,95%).

En Perú Chanchhuaña Pfuyo (2018), en su estudio encontró que el 64% de los cuidadores de los niños de 2 a 3 años presentaba hábitos saludables y el 36% hábitos no saludables.

En Venezuela, el estudio realizado por Coromoto Nava y colaboradores (2011), entre los resultados encontró que, para las verduras, frutas y grasas, los patrones de consumo eran bajos, y para los cereales, las carnes y los productos lácteos eran altos; que en el 52% de los niños de edad preescolar, el nivel de actividad física fue intenso, y en el 27% fue ligero; y que encontró asociación entre los hábitos alimentarios, el nivel de actividad física y el índice sedentario.

Entre las investigaciones que reportan prácticas alimentarias responsables, comunicacionales, modélicas y de preocupación, podemos nombrar el trabajo realizado en Argentina por Arboleda Posada y Gallego Henao (2014), que indicó que el rastreo de bibliografía que realizó le permitió concluir que las prácticas de crianza y los modelos parentales varían según la ubicación geográfica donde se encuentre cada familia de los niños; que la asunción de los modelos parentales no es un asunto de elección ni de azar debido a que este está determinado por la historia de vida y la historia familiar que han vivido los padres de familia; y que la obesidad infantil está determinada por las prácticas de crianza que se asuman en el núcleo familiar.

De Perú podemos mencionar el trabajo de Rojas Sotelo (2019), que encontró que un 71,15% de las madres realizaba prácticas alimentarias adecuadas y que existía una relación significativa entre el estado nutricional antropométrico de los niños preescolares y las prácticas alimentarias maternas; y, la investigación llevada a cabo por Díaz Moreno (2017), que encontró que el 84% de las madres de los preescolares tenía prácticas adecuadas mientras que solo un 16% mostraba prácticas inadecuadas.

En Colombia, podemos mencionar el estudio realizado por Guzmán Loaiza y Pérez Salgado (2015), que encontró que los factores que se asociaban con exceso de peso en niños de 2 a 5 años eran la no asistencia al programa de crecimiento y desarrollo, la preferencia por ver televisión y uso de videojuegos en tiempo libre, el no consumir cereales y tubérculos en la lonchera y el antecedente de obesidad o sobrepeso en familiar o cuidador.



Otro estudio a nombrar aquí es el llevado a cabo en México por Garza Álvarez (2016), que encontró que el estilo de crianza parental autoritario se relacionaba con el estado nutricional de sobrepeso y obesidad en los niños preescolares.

También citamos de México, el estudio de Pérez Campa (2016), que encontró que el estilo de alimentación que predominó en las diadas madre-hijo en edad preescolar fue el autoritario (alta demanda/baja responsabilidad), que no se presentaron diferencias significativas de los casos de niños con y sin sobrepeso y obesidad con el estilo materno de alimentación, y que de igual manera tampoco se presentaron diferencias significativas entre la depresión con los casos de sobrepeso y obesidad infantil.

Por su parte, el estudio llevado a cabo en Colombia por Anaya García y Alvarez Gallego (2018), halló que la familia era determinante en la formación de las preferencias alimentarias de los niños, en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, y que el entorno educativo poseía un rol fundamental en la promoción de hábitos alimentarios saludables.

En Chile encontramos el estudio llevado a cabo por Domínguez Vásquez y colaboradores (2008), que indicó que el patrón de conducta alimentaria familiar tenía un papel relevante en el comportamiento de alimentación del niño y constituía un factor modificable para la prevención de la obesidad infantil.

Otras investigaciones que demuestran prácticas de alimentación infantil inapropiadas son las llevadas a cabo en Venezuela por Becerra y colaboradores (2018), el estudio realizado en Perú por Mayta y Vargas (2020), el estudio de Arias Pérez y colaboradores (2017) realizado en Colombia, y, los trabajos realizados en Ecuador por Valencia Olalla (2016) y por Morante Caicedo y Montece Díaz (2019).

En los numerosos trabajos explorados a cerca de prácticas alimentarias de personas responsables del cuidado infantil a nivel Latinoamericano encontramos que predominaba un nivel malo y/o regular, inadecuado, desfavorable o inapropiado, seguido de un nivel bueno o adecuado de comportamientos relativos a habilidades sobre nutrición y normas de higiene de adultos y niños previas a la alimentación y durante la preparación de alimentos, variedad y frecuencia de consumo y ofrecimiento diario, semanal y/o quincenal de alimentos y bebidas, y, habilidades responsables,

comunicacionales, modélicas, de preocupación y perjudiciales destinadas a la alimentación del niño. Por otro lado, hallamos que la mayor producción científica al respecto fue elaborada en Ecuador y Perú, en menor magnitud en México, Colombia y Venezuela, y sólo algunos en Chile y Brasil.

### 1.3.2 A nivel Nacional

#### 1.3.2.1 Conocimientos, actitudes y prácticas maternas, maternas/paternas y/o de cuidadores

En cuanto a trabajos realizados en Argentina sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de personas responsables del cuidado infantil podemos citar el realizado en la provincia de Mendoza llevado a cabo por Barroso y colaboradores (2016), que observó que la mayoría de los pacientes de 2 a 16 años que presentaron sobrepeso u obesidad no llevaban ningún tratamiento y que sus padres no se notaron preocupados ni reflejaban interés sobre la enfermedad.

En la provincia de Córdoba podemos mencionar el estudio realizado por Bustamante y colaboradores (2015), que encontró que el 33% de los niños de 2 a 4 años presentaba sobrepeso/obesidad, el 84% ingesta energética elevada, que la presencia de sobrepeso/obesidad se asoció significativamente a una percepción materna subestimada del estado nutricional, y que la elevada ingesta energética de los niños se asoció significativamente a una percepción subestimada; otro trabajo realizado en esta jurisdicción es el de Alderete y Giorgetti (2017), que hallaron que las madres de niños preescolares tenían poco conocimiento de los conceptos y consecuencias de una mala nutrición.

De Buenos Aires mencionamos dos investigaciones, el trabajo de Hirschler y colaboradores (2006), que encontró que la prevalencia de niños con riesgo de sobrepeso y con sobrepeso era de 19% y 18,4% respectivamente, que había una diferencia en la proporción de madres con distorsión de la percepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios de niños con normopeso en comparación con las madres de niños con riesgo de sobrepeso o sobrepeso, y que el análisis de regresión múltiple mostró que la percepción materna sobre la imagen y los hábitos alimentarios (OR: 4,5; IC 95%, 2,5-7,8  $p < 0,0001$ ) eran factores de riesgo independientes y significativos para el sobrepeso ajustados por edad y sexo; y el estudio de Mauvecín (2013), realizado en la Ciudad de Mar del Plata, que halló que la mayoría de los niños de 2 a 5 años realizaba las 4 comidas principales acompañados por la madre (99%) y

el padre (81%), que el 72% de los niños comía entre comidas, prefiriendo galletitas y/o amasados de panadería (74%), que el 91% presentaba una frecuencia alta en horas destinadas a la televisión, la computadora y los videojuegos, que la percepción materna en relación al estado nutricional de sus hijos se encontraba distorsionada en un considerable número de casos, y que el consumo de alimentos protectores, en la mayoría de los casos, no llegaba a cubrir las recomendaciones propuestas por la OMS, mientras que el consumo de alimentos poco nutritivos se realizaba en exceso.

En Entre Ríos, tenemos el estudio realizado por Bergel Sanchís y colaboradores (2017), que observó que las poblaciones estudiadas presentaban diferencias socio-económicas en relación con el nivel educativo y empleo paterno y materno de niños de 3 a 6 años de edad, hacinamiento crítico, cobertura de salud, entre otras, y que estas diferencias se expresaban en la distribución diferencial de la malnutrición infantil y de la percepción de las limitaciones que los padres manifestaban tener respecto a una buena alimentación tanto en términos de cantidad como de calidad. Otro trabajo realizado por Bergel Sanchís y colaboradores (2017) en Entre Ríos, mostró que mientras que las familias urbanas, de más alto nivel socio-económico, elegían sus alimentos principalmente por las marcas, en las familias más carenciadas del periurbano, el precio era el factor determinante, que la zona rural presentaba características socio-económicas intermedias y que se observaba una mayor participación de toda la familia en actividades relacionadas a la alimentación, también detectaron ciertas uniformidades independientes de las condiciones socio-económicas, como la práctica de consumo entre comidas o la preocupación por lograr una “buena alimentación”.

Finalmente, citamos otro estudio de Bergel Sanchís (2014), también realizado en Entre Ríos en la Ciudad de Villaguay que encontró que el 30% de la población infantil presentaba malnutrición, y que mientras la desnutrición era baja (6,8%), el exceso de peso mostraba prevalencias más altas (23,4%), que la población de Villaguay manifestaba claras diferencias internas respecto a la calidad ambiental, así como al nivel socio-económico y a las prácticas y representaciones familiares en torno a la alimentación, y que el ambiente condicionaba el crecimiento y el estado nutricional de los niños de 3 a 6 años dado que cuanto más alto era el nivel socio-económico y más

adecuado el ambiente en el que las familias vivían, mayor era la seguridad alimentaria respecto al acceso.

En los trabajos explorados a nivel nacional sobre saberes, actitudes y prácticas alimentarias de personas responsables del cuidado infantil encontramos por un lado, la existencia de diferencias socioeconómicas que se expresan en la malnutrición infantil, y por otro, que predomina un nivel regular o inadecuado de saberes sobre causas y consecuencias de la obesidad infantil, actitudes negativas o desfavorables relativas a mostrar preocupación o interés por la prevención de esta condición de salud, y comportamientos relativos a prácticas perjudiciales de alimentación y sedentarismo.

### 1.3.3 A nivel Regional (NOA)

#### 1.3.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas maternas, maternas/paternas y/o de cuidadores

En cuanto a trabajos realizados en la región del Noroeste argentino (NOA) sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de personas responsables del cuidado infantil podemos reportar el estudio realizado en las provincias de Tucumán, Santiago del Estero y Jujuy por Monteban y colaboradores (2022), que encontró que el 86% de los niños tenía bajo consumo de vegetales y frutas, que cada una de las 11 prácticas alimentarias mostraba una asociación significativa con el consumo (beta 0.6 a 1.8), y que la cercanía a locales de venta y costo también estaban asociados significativamente con el consumo.

Otra investigación es la realizada en una localidad de la región Valles de la provincia de Jujuy por Villagra y colaboradores (2022), que halló un alto porcentaje de niños de 2 a 5 años con exceso de peso y la existencia de conocimientos y actitudes escasos o inadecuados sobre la obesidad infantil y su prevención entre las madres.

Por su parte, Alderete y colaboradores (2017) realizaron un estudio en madres y niños de poblaciones de baja condición socioeconómica en contextos urbanos del NOA, entre los resultados hallaron que entre los hijos de madres que compartían la creencia de que un niño gordito es un niño sano, el porcentaje de niños obesos era mayor que entre las madres que respondieron que enseñaban a sus hijos sobre cuáles comidas son sanas y cuáles no lo son; entre las que respondieron que comían comida sana para dar ejemplo a sus hijos, hallaron un porcentaje menor de niños con obesidad; y en modelos de regresión logística multivariada, que las madres que creían que un niño gordito era un niño sano tenían mayor probabilidad de tener un hijo obeso (OR=2,3; IC95%: 1,3-3,9), y que las madres que enseñaban a sus hijos las cualidades de los alimentos (OR=0,6; IC95%: 0,4-0,9) y las que comían alimentos saludables para dar el ejemplo (OR=0,7; IC95%: 0,4-1,0), tenían menor probabilidad de tener hijos obesos o con sobrepeso.

En este apartado también mencionamos el estudio llevado a cabo por Alderete (2017), en 21 Centros de Atención Primaria de la Salud de 4 ciudades capitales de provincias del NOA en madres de niños de 2 a 6 años, que encontró que el 14,2% de los niños había obtenido un valor adecuado del Índice CDQ (Cuestionario dietético para niños, acrónimo en inglés CDQ), y que en modelo de regresión logística multivariada el nivel de educación de la madre, la dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos del hogar, la reducción de la adquisición por el costo de los productos fruti-hortícolas y la práctica de hablar con el hijo sobre los beneficios de consumir vegetales y frutas, constituían respectivamente factores de riesgo y protectores para alcanzar un nivel recomendado de consumo de vegetales y frutas en los niños.

También podemos citar la investigación realizada en la provincia de Jujuy por Durán (2017), que indagó sobre la asignación de sentido otorgada a la obesidad infantil en madres de niños de 0 a 5 años que asistían a Centros de Salud, y halló entre los resultados, que las madres remitían conductas relacionadas con la educación, la historia familiar, el contexto socio-cultural y las ideas que acentuaban comportamientos negativos de los adultos hacia los niños.

Otro trabajo realizado en la provincia de Jujuy es el de Villagra (2016), que confirmó que existían alteraciones en las percepciones maternas por palabras para reconocer el estado nutricional de niños de 2 a 5 años, inadecuaciones que no cubrían las recomendaciones alimentarias diarias y adhesión a actividades que favorecían la conformación de hábitos de vida sedentarios.

Cabe mencionar aquí el estudio de Alderete y colaboradores (2016), que examinó en 16 clínicas de salud pública de cuatro ciudades del noroeste de Argentina, la relación entre la ingesta de bebidas calóricas y no calóricas y el estado nutricional de niños de 0 a 6 años, que halló en modelos de regresión logística multivariante, que la probabilidad de ser obeso y tener sobrepeso o tener un peso normal se duplicaba con una ingesta de uno a cinco vasos de refrescos carbonatados (OR = 2,2), y aumentaba en más de tres veces con una ingesta de más de cinco vasos (OR = 3,5); y que beber más de cinco vasos de agua disminuía la probabilidad de ser obeso a menos de la mitad (OR = 0,3).

En los trabajos explorados en la región del NOA encontramos que predomina un nivel regular o desfavorable de saberes y motivaciones sobre la obesidad infantil y su prevención entre las personas responsables del cuidado infantil, y comportamientos relativos a prácticas inadecuadas de consumo de alimentos y bebidas que se asocian a diferencias socioeconómicas que presentan los hogares, evidencia que concuerda con hallazgos obtenidos a nivel latinoamericano que reportan un nivel de conocimientos medio y bajo, y que prevalecen comportamientos motivacionales y de prácticas alimentarias no adecuados o negativos.



#### 1.4 Intervenciones de educación para la salud sobre elementos cognoscitivos, actitudinales/motivacionales y comportamentales orientados a la prevención de la obesidad infantil

Teniendo en cuenta que el presente estudio busca aportar evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de prevención y manejo del sobrepeso y obesidad infantil en los Programas de Salud Materno-infantil, a continuación, se detallan diversas investigaciones que evaluaron la efectividad de la implementación de programas de educación para la salud relativos a conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación de personas responsables del cuidado de los niños durante los primeros años de vida en vistas a la contribución que potencialmente podrían tener los resultados generados en este trabajo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010), la prevención del sobrepeso desde edad temprana es una estrategia que puede aportar significativos beneficios en la salud de la población (Cecchini, 2010). El análisis de modelos de microsimulación de intervenciones poblacionales, ha demostrado recientemente que las intervenciones basadas en Atención Primaria de la Salud (APS), pueden generar resultados favorables y son costo-efectivas (Taveras, 2008). Este ámbito de intervención ofrece continuidad en el contacto con agentes de salud y oportunidad para mantener la motivación individual, evaluar el progreso de los pacientes y ajustar las estrategias de modificación de comportamiento (Patrick et al., 2006) (Pomietto et al., 2011). Existe evidencia que demuestra que las intervenciones que modifican comportamientos poco saludables son las indicadas para el manejo de la obesidad (Rodríguez González & Larrosa Haro, 2013).

Entre las intervenciones de educación en salud tendientes a comunicar información sobre obesidad infantil y su prevención que están dirigidas a personas responsables del cuidado infantil podemos citar trabajos realizados en Perú como el de Sánchez Guevara (2012), que encontró que antes de aplicar la intervención educativa el promedio de conocimiento de las madres de niños preescolares sobre la prevención de la obesidad infantil era de 9,57% y que dichos resultados variaron después de la misma logrando un promedio de 14,30% de conocimiento; el de García

Rodríguez (2018), que demostró que la intervención educativa tuvo efecto positivo al mejorar en padres y madres el nivel de conocimientos sobre prevención de la obesidad infantil ( $p= 0.000$ , prueba de Wilcoxon), ya que antes de la intervención la mayoría presentaba un nivel bajo de conocimientos con un 51,6%, seguido de un nivel medio con 33,0% y sólo el 15% tenía un nivel alto, y, después de la aplicación de la intervención educativa, el nivel alto fue de 69,2%, el nivel medio de 28% y solo un 3% presentaba un nivel de conocimiento bajo; y el trabajo de intervención de Merino Valles (2016), que halló que antes de la aplicación del programa el 65% de las madres tenía un nivel medio de conocimientos sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares y después de la aplicación el 80% de las madres obtuvo un nivel alto de conocimientos.

Otro trabajo es el realizado en Colombia por Martínez Rúa y Newball Dawkins (2017), que encontró que antes de aplicar la intervención educativa en madres de niños de 7 a 11 años sobre obesidad infantil y el tipo de alimentos que se consumían a diario, el promedio de conocimiento fue muy bajo y que dichos resultados variaron luego de aplicarla logrando un promedio alto de conocimiento.

Entre los programas educativos que implementan acciones sobre aspectos cognoscitivos y comportamentales, es decir, relativos a conocimientos y prácticas de alimentación de niños pequeños llevadas a cabo por personas responsables del cuidado infantil podemos mencionar la intervención de Mejía Escurra y Minchola Aguedo (2020), que mostró mejoría significativa para el nivel de conocimientos y mejoría en cuanto a las prácticas sobre alimentación saludable después de aplicar el programa educativo en madres de niños preescolares.

En este apartado citamos varios trabajos realizados en Perú, como la intervención de Mendoza Oyola y Chávez Milián (2019), que mostró que el conocimiento alto aumento de 28,8% a 63% y que las prácticas de alimentación saludables eficientes aumentaron de 32,9% a 93,2% en madres con niños en etapa preescolar; el programa educativo de Reyes Oré (2015), que mostró que antes de participar de la intervención educativa sólo el 30% de las madres de niños preescolares tenía conocimientos y prácticas sobre los tipos de alimentos y preparación de la lonchera y que después de participar del programa educativo el 70% de las madres

había incrementado el nivel de conocimientos y prácticas alimentarias; y el programa educativo de Mayor Salas (2015), que encontró que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento en el grupo experimental y control en la mayoría de las madres era de nivel medio y las prácticas alimentarias eran de poco adecuadas a inadecuadas, y que después de la intervención educativa, en el grupo experimental predominaba el nivel de conocimiento alto y las prácticas alimentarias adecuadas, y en el grupo control habían mejorado ligeramente.

Entre los planes de acción que intervienen en materia cognoscitiva y actitudinal citamos el programa educativo realizado en Perú por Silva Chileno (2018), que mostró que de 30 madres de familia 8 tenían buen conocimiento sobre alimentación infantil antes del proyecto, y que, después del proyecto se obtuvo como resultado a 15 madres con buen conocimiento sobre alimentación infantil; del mismo modo habían identificado que antes del proyecto 10 madres tenían actitud favorable sobre la alimentación infantil y que después del proyecto observaron a 17 madres con actitudes positivas en cuanto a la alimentación infantil.

Otro trabajo es el realizado en México por Sánchez Morales (2012), que revisó 20 intervenciones de prevención de obesidad infantil en el mundo publicadas de 2007 a 2012 e identificó que los programas basados en algún tipo de estrategia individual no habían mostrado resultados satisfactorios, y, en cambio, que los basados en la identificación integral de los factores relacionados al hogar y los apoyados en teorías y modelos, habían reportado mejores resultados.

Cabe destacar, que sólo hallamos un programa educativo que comprende los tres elementos trabajados en el presente estudio: los cognoscitivos, motivacionales y comportamentales orientados a la prevención de la obesidad infantil en las personas responsables del cuidado de los niños, aquí referimos al trabajo de intervención realizado en Perú por Lizarraga Quispe (2019), que encontró que las prácticas de alimentación saludable de los niños antes de la intervención educativa eran inadecuadas en un 91,7% y que el 16,7% mostraba actitudes adecuadas y conocimientos altos, y que después de la intervención toda la muestra había alcanzado un conocimiento alto y adecuadas prácticas y actitudes.

Los diversos estudios que evaluaron la efectividad de los programas educativos examinados señalan la obtención de grandes mejorías con la implementación de intervenciones en materia de educación para la salud sobre elementos cognoscitivos, actitudinales y comportamentales orientados a la prevención de la obesidad infantil en las personas responsables del cuidado de los niños. Cabe destacar, que, en Latinoamérica, Colombia y México generaron escaso conocimiento al respecto, y que Perú es el país que cuenta con la mayor producción científica en esta materia.

## CAPITULO IV: PROPOSITO – OBJETIVOS – HIPOTESIS

### 1.5 Propósito

Contribuir a mejorar el estado nutricional de niños de 6 meses a 6 años de poblaciones vulnerables de provincias del Noroeste argentino a través de aportar evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de prevención y manejo del sobrepeso y obesidad infantil en los programas de salud pública materno infantil.

### 1.6 Objetivos

#### 1.6.1 Objetivo general

Examinar, analizar y comparar la relación que existe entre los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil en niños de 6 meses a 6 años cubiertos por programas de salud materno infantil en 4 provincias del NOA durante el primer semestre de 2021.

#### 1.6.2 Objetivos específicos

En niños de 6 meses a 6 años concurrentes al control del niño sano a Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de las provincias de Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca:

1. Comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños en las cuatro jurisdicciones.
2. Analizar la asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas; y el exceso de peso corporal de los niños.
3. Examinar diferencias en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas, entre jurisdicciones.

4. Analizar la asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas; y el exceso de peso corporal de los niños, controlando por variables sociodemográficas.

5. Analizar la asociación entre la jurisdicción de residencia y el exceso de peso de los niños, considerando conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas; y controlando por variables sociodemográficas.

### 1.7 Hipótesis

1. La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil varía significativamente entre provincias.

2. Existen diferencias significativas en las características de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas, según estado nutricional de los niños.

3. Existen diferencias significativas en las características de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil, entre las provincias.

4. Existen asociaciones significativas entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas; y el exceso de peso corporal de los niños, aun controlando por variables sociodemográficas.

5. Existen asociaciones significativas entre jurisdicciones de residencia y el estado nutricional de los niños aun controlando por los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas y por variables sociodemográficas.

## CAPITULO V: MARCO TEORICO Y DEFINICION DE VARIABLES

### 1.8 Definiciones teóricas

#### 1.8.1 Obesidad infantil

La obesidad se define como una enfermedad (OMS, 1997), caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal cuya magnitud y distribución condiciona la salud de las personas. Es crónica, multifactorial y, en la mayoría de los casos, se presenta con exceso de peso (MSN, 2019).

El Estudio Multicéntrico de las Referencias del Crecimiento (MGRS, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud es un proyecto multinacional basado en la comunidad para desarrollar nuevas referencias de crecimiento para bebés y niños pequeños. El diseño combina un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses con un estudio transversal de niños de 18 a 71 meses. La muestra agrupada de los seis países participantes (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos) consta de unos 8.500 niños. Las subpoblaciones de estudio tenían condiciones socioeconómicas favorables al crecimiento y baja movilidad, con al menos el 20% de las madres siguiendo las recomendaciones de alimentación y teniendo acceso a apoyo para la lactancia. Los criterios de inclusión individuales fueron la ausencia de restricciones ambientales o de salud en el crecimiento, el cumplimiento de las recomendaciones de alimentación de MGRS, la ausencia de tabaquismo materno, el parto a término único, y ausencia de morbilidad significativa. En el estudio longitudinal, las madres y los recién nacidos fueron evaluados e inscritos al nacer y visitados en el hogar 21 veces: en las semanas 1, 2, 4 y 6; mensual de 2 a 12 meses; y cada 2 meses en su segundo año. Además de los datos recolectados sobre antropometría y desarrollo motor, se recopiló información sobre características socioeconómicas, demográficas y ambientales, factores perinatales, morbilidad y prácticas de alimentación. Se espera que el enfoque prescriptivo adoptado proporcione una única referencia internacional que represente la mejor descripción del crecimiento fisiológico para todos los niños menores de cinco

años y que establezca al lactante amamantado como el modelo normativo para el crecimiento y el desarrollo (De Onis et al., 2004) (ANEXO 1)<sup>7</sup>.

El Grupo de trabajo internacional sobre la obesidad (IOTF; por sus siglas en inglés), es una organización diseñada para combatir la obesidad en todo el mundo. La IOTF proporciona puntos de corte para el índice de masa corporal por sexo para el sobrepeso y la obesidad en la infancia que se basan en datos internacionales obtenidos de niños de seis naciones con encuestas representativas de corte transversal del crecimiento (Brasil, Reino Unido, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y Estados Unidos), y están vinculados a los puntos de corte ampliamente aceptados para adultos de un índice de masa corporal de 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> (Cole et al., 2000) (ANEXO 2)<sup>8</sup>. Este grupo de trabajo también proporciona puntos de corte de los grados de delgadez 1, 2, y 3 en niños y adolescentes (Cole et al., 2007) (ANEXO 3)<sup>9</sup>.

En cuanto al estado nutricional de las madres, se utilizó la medida de circunferencia de cintura que es un buen indicador de la acumulación de grasa corporal y es simple de medir (Albrecht et al., 2014). Un valor de más de 80 centímetros es indicativo de riesgo para la salud.

---

<sup>7</sup> Ver Anexo 1: Patrones de crecimiento infantil de la OMS. IMC para la edad niños y niñas. Percentiles (Nacimiento a 5 años).

<sup>8</sup> Ver Anexo 2: Puntos de corte internacionales para el índice de masa corporal para sobrepeso y obesidad por sexo entre 2 y 18 años, definidos para pasar por índice de masa corporal de 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> a los 18 años, obtenidos promediando datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y Estados Unidos.

<sup>9</sup> Ver Anexo 3: Puntos de corte internacionales de IMC para grados 1, 2 y 3 de delgadez por sexo para edades exactas entre 2 y 18 años, definidos para pasar por IMC de 16, 17 y 18,5 a los 18 años, obtenidos por promedio de datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y EE. UU.

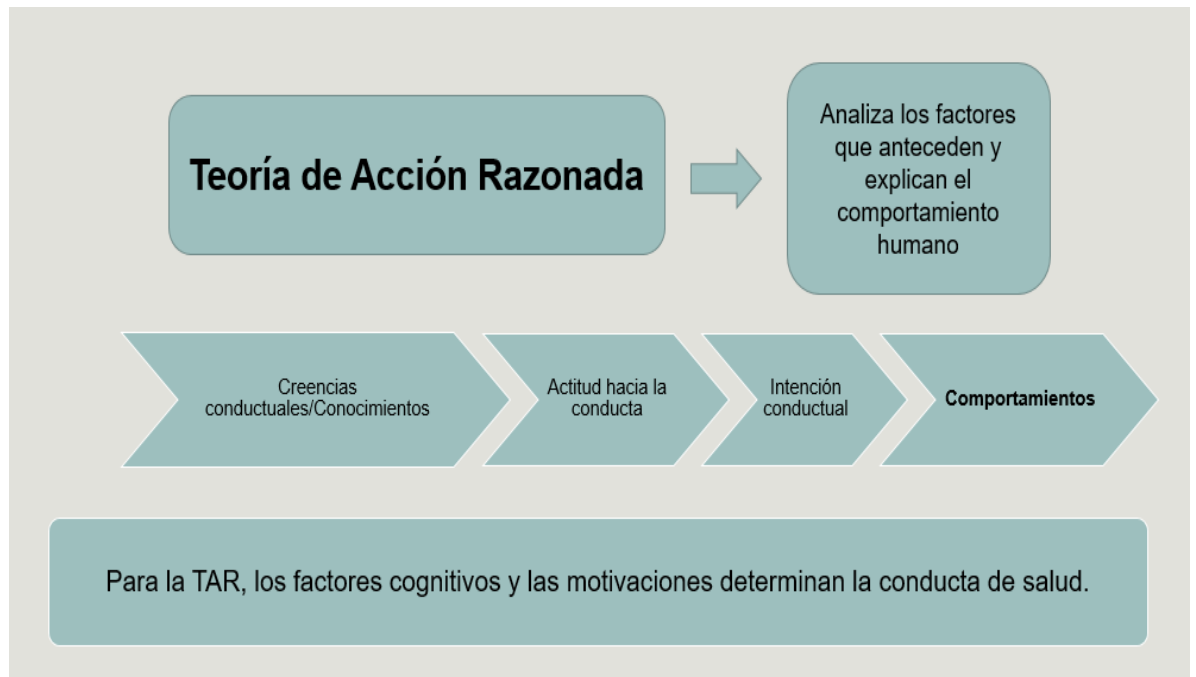


### 1.8.2 La Teoría de la Acción Razonada

El marco conceptual que sirve de guía para este estudio es el de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975). La TAR se basa en constructos teóricos relacionados a las motivaciones de los individuos para realizar comportamientos específicos. La teoría incluye medidas de actitudes y percepciones normativas que determinan intenciones de comportamiento. Las intenciones de comportamiento a su vez influyen sobre el comportamiento mismo.

La actitud está determinada por las creencias o conocimientos del individuo sobre los resultados que se obtendrían al adoptar un comportamiento en particular (Montaño & Taplin, 1991; Gillmore et al., 1994). Este marco teórico realza el papel de los factores cognitivos y motivaciones como determinantes de la conducta de salud en general (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1985). Los autores argumentan que las personas toman del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos, los beneficios y las consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. El principal antecedente de la conducta es la intención conductual, de la cual depende tanto la ejecución de la conducta motivada, como la intensidad con la que se lleve a cabo. La intención está determinada a su vez por dos variables: una personal referida a la actitud hacia la conducta (evaluación favorable o desfavorable por parte del sujeto de esa conducta) y una variable social referida a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe en su medio social (presión social que le induce a realizar o no realizar cierta conducta), denominada influencia social normativa o norma subjetiva. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla (Ajzen, 1985).

Figura 1: Teoría de la Acción Razonada



Para este estudio, los conocimientos o creencias y las actitudes de madres que reconocen el beneficio para la salud que representa la reducción de los factores de riesgo para la obesidad infantil, podrían facilitar las actitudes positivas hacia conductas saludables y estas actitudes a su vez resultarían en la adopción, para sus niños, de dietas saludables. Así, los conocimientos y actitudes positivas funcionarían como factores facilitadores para las prácticas saludables en relación con la obesidad infantil.

### 1.8.3 Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias

#### 1.8.3.1 Conocimientos

Se define conocimiento como aquella probabilidad subjetiva de la existencia de una relación entre el objeto del conocimiento y algún otro objeto, concepto, valor u atributo. a) Conocimiento descriptivo: son aquellos que se obtienen de la observación directa de un objeto dado por el individuo. b) Conocimientos inferenciales: se basan principalmente en la relación probabilística entre los conocimientos o creencias, las cuales siguen con razonamiento silogístico (Ajzen, 1991).

#### 1.8.3.2 Actitudes

El concepto de actitud plantea que ésta se forma a partir del posicionamiento de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto de un objeto, acción o evento y representa el sentimiento favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto estímulo (obesidad infantil) (Fishbein & Ajzen, 1980).

#### 1.8.3.3 Prácticas alimentarias

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio et al., 2002). De acuerdo a la autora, en los seres humanos los modos de alimentarse, las preferencias y los rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida debido a que los niños incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad.

La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades

relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa).

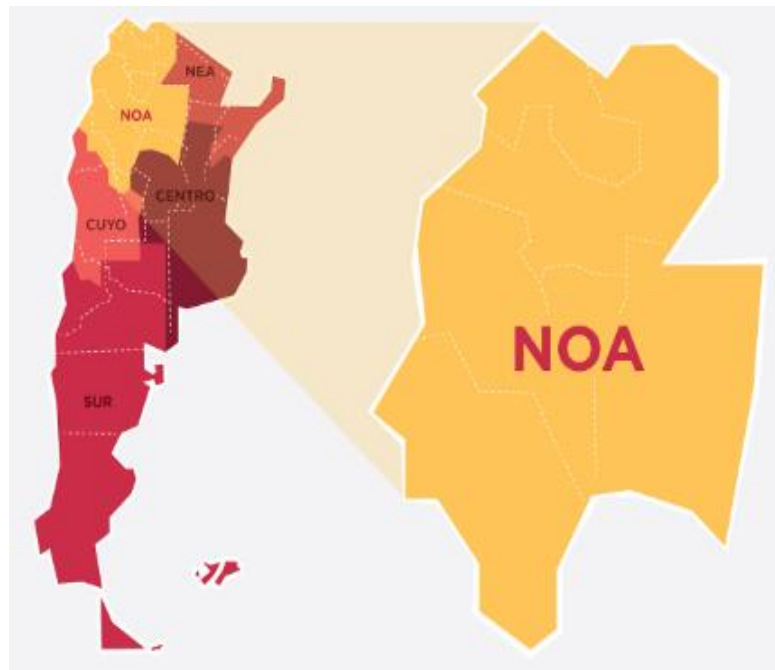
Siguiendo esta línea de pensamiento, las prácticas alimentarias maternas (PAM) refieren a las habilidades de alimentación cotidianas que ejecutan las madres en los hogares para alimentar a sus hijos devenida de la experiencia. Las PAM desarrolladas pueden ser de vigilancia de consumo de alimentos y bebidas, formativas o ejemplares.

## CAPITULO VI: MARCO METODOLOGICO

### 1.9 Área de estudio

Este estudio se llevó a cabo en la región del Noroeste de Argentina y se aplicó en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), enmarcados en Programas de Maternidad e Infancia de los Ministerios de Salud de las ciudades capitales de las provincias de Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca. Estas provincias están ubicadas periféricamente con respecto a Buenos Aires, la capital del país.

Figura 2: Noroeste argentino



La decisión de llevar a cabo este estudio en madres de niños menores de 6 años que reciben asistencia de Programas de Salud Materno-infantil en 4 provincias del Noroeste argentino obedece a que la región presenta un aumento importante en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil, asimismo, se trata de una población vulnerable en donde las familias expresan mayores necesidades a partir de los elevados índices de pobreza y exclusión (Bolzán et al., 2005), caracterizada por valores elevados de hogares con niños con necesidades básicas insatisfechas (45%),

en condición de hacinamiento (23,2%), cobertura de salud en forma exclusiva por el sector público (61,3%), y de mujeres como jefas del hogar (27%) (MSN, 2007).

Los Programas de Maternidad e Infancia constituyen prácticas cubiertas por el Programa Sumar (MSN, 2004), que es una política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud.

Figura 3: Programa Sumar



Sumar tiene como antecedente al Plan Nacer que se inició en 2004 en las provincias del norte argentino y en 2007 se extendió al resto del país para brindar cobertura de salud a la población materno-infantil sin obra social. En el año 2010 se incorporó el financiamiento de cardiopatías congénitas en niños hasta los 6 años. Entre el 2012 y el 2015 el Programa Sumar fue ampliando la cobertura, logrando incorporar a toda la población hasta los 64 años de edad y brindando prestaciones específicas para el cuidado del embarazo, la primera infancia, la adolescencia y la adultez. En términos poblacionales, este proceso culmina en el 2020 con la reciente incorporación de las personas mayores, consiguiendo que el universo total de la población que no tiene obra social esté cubierto por el Programa Sumar.

La estrategia de nominalización del Programa Sumar permite el cuidado y seguimiento de la población por parte del sistema sanitario, explicitando los servicios que conforman su derecho a la salud, asignándole contenido y alcance preciso.

De esta forma, por cada persona bajo el Programa y por cada consulta y control que se realice, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a toda la comunidad.

Algunas de las prácticas cubiertas son: Plan materno-infantil; cardiopatías congénitas en niños, adultos y mayores; perinatología de alta complejidad; salud infanto-juvenil y adultos; malformaciones congénitas; enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y factores de riesgo; dengue; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); COVID-19; acompañamiento en pandemia; entre otras.

El Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar para el cuidado del embarazo, parto y puerperio incluye cuidados de salud prenatal, diabetes gestacional – hipertensión arterial (HTA), enfermedades infecciosas, anomalías congénitas, hemorragias de la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE – ILE), otros problemas de salud en el embarazo, cuidados de salud en parto y puerperio, problemas de salud en parto y puerperio, auditoría de muertes. Para el Grupo de 0 a 5 años, el plan de servicios de salud del Programa incluye cuidados preventivos, anomalías congénitas, prematuridad, desnutrición, ECNT y factores de riesgo, enfermedades infecciosas, enfermedades oncológicas, salud mental, otros problemas de salud y auditoría de muertes.

## 1.10 Tipo y diseño de investigación

Esta investigación aplicó metodología cuantitativa. Esta aproximación metodológica nos permite organizar los datos o hechos significativos recogidos en la tarea de campo para analizar asociaciones entre variables. El diseño es retrospectivo con un corte temporal transversal. Los datos fueron obtenidos en el marco de un estudio multicéntrico de las becas Carrillo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación entre 2013-2014.

## 1.11 Población

### 1.11.1 Universo o población objetivo

La población del estudio fueron las madres de niños de 6 meses a 6 años que concurrieron al control del niño sano a CAPS de las ciudades capitales de las provincias de Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y Catamarca.

### 1.11.2 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron madres de niños de 6 meses a 6 años concurrentes al control del niño sano a CAPS de Planes de Maternidad e Infancia de los Ministerios de Salud provinciales. Se incluyó al niño que concurría al control, en caso de que la madre asistiera con más de un niño se seleccionó sólo a uno de ellos mediante sorteo.

Se excluyeron madres de niños que no se encontraron dentro de la edad definida y bajo la cobertura de Planes de Maternidad e Infancia de los Ministerios de Salud provinciales, asimismo, a aquellas madres que presentaron problemas cognitivos o declinaron participar en el estudio. Se excluyeron cuestionarios incompletos.



Figura 4: Centro de Atención Primaria de la Salud

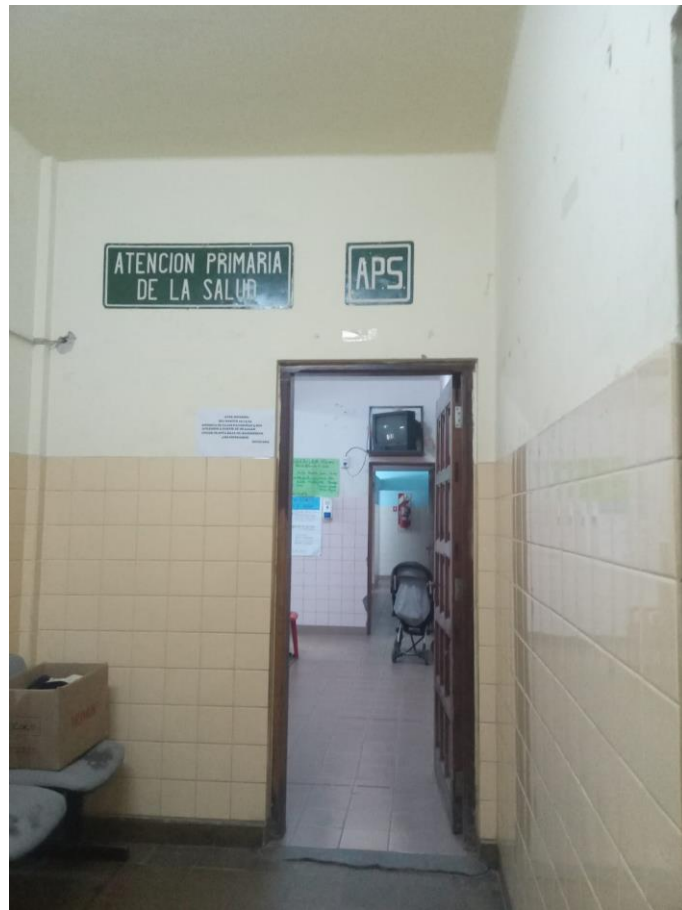


Figura 5: Sala de control del niño de un Centro de Atención Primaria de la Salud



## 1.12 Instrumento de recolección de datos

### 1.12.1 Técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario (ANEXO 4)<sup>10</sup> aplicado a las madres de niños de 6 meses a 6 años en los CAPS de cada jurisdicción provincial. Los encuestadores explicaron el contenido de la hoja de consentimiento informado (ANEXO 5)<sup>11</sup> y solicitaron el consentimiento de las participantes. El cuestionario tenía una duración de aproximadamente 30 minutos y se aplicó en el CAPS.

### 1.12.2 Desarrollo del cuestionario

El cuestionario se elaboró en base a instrumentos existentes y a ítems desarrollados por el equipo de investigación del estudio multicéntrico realizado en el marco de las becas Carrillo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación entre 2013-2014, bajo la dirección de la Dra. Ethel Alderete. Se incluyeron preguntas sobre características sociodemográficas para las diadas madres/hijos, sobre conocimientos y actitudes sobre la obesidad infantil y su prevención, y sobre prácticas alimentarias maternas. Se registraron también datos antropométricos de la madre y de los niños.

Los datos antropométricos de los niños (peso y talla) se obtuvieron de los registros existentes en los CAPS asociados a los planes de maternidad e infancia de cada provincia. Para determinar el estado nutricional de los niños se calculó el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo a dos criterios: 1) En niños menores de 2 años, se utilizaron los estándares de la Organización Mundial de la Salud (De Onis et al., 2004), 2) En niños de 2 a 6 años, se utilizó el criterio de la International Obesity Task Force (IOFT) (Cole et al., 2000) (Cole et al., 2007).

---

<sup>10</sup> Ver Anexo 4: Cuestionario

<sup>11</sup> Ver Anexo 5: Hoja de Consentimiento Informado para madres.

En las madres se realizó la medición de circunferencia de cintura (Albrecht et al., 2014).

### 1.12.3 Validación del instrumento

Se realizó la prueba piloto del cuestionario en madres de la población objetivo. Se evaluó el tiempo de administración, las dificultades de comprensión de preguntas y opciones de respuestas y se realizaron las modificaciones apropiadas.

### 1.13 Base de datos utilizada

La base de datos que se utilizó corresponde al estudio multicéntrico antes citado. Para el estudio se seleccionaron aleatoriamente 16 CAPS en forma proporcional al total existente en cada ciudad capital: San Salvador de Jujuy (51), Tucumán (74), Santiago del Estero-La Banda (35) y Catamarca (24) en dónde se aplicaron 1.107 encuestas distribuidas de la siguiente manera: Jujuy (N=271), Santiago del Estero (N=282), Tucumán (N=265) y Catamarca (N=289). El cuestionario se aplicó a madres de niños menores de 6 años, las edades estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de frecuencia de niños menores de 6 años que conforman la muestra (N=1.107)

<b>Edad de los niños</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0 a 5.99 meses	183	16,5%
6 meses a < 1 año	132	11,9%
1 año	152	13,7%
2 años	139	12,6%
3 años	183	16,5%
4 años	143	12,9%
5 años	141	12,7%
6 años	34	3,1%
<b>Total</b>	<b>1.107</b>	<b>100%</b>

Para el análisis se excluyeron a niños menores de 6 meses (N=183), por corresponder al periodo de vida en el que la OMS (OMS, 2001) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME). Se incluyeron en el análisis 2 rangos de edad: 1) niños de 6 meses a 6 años (N=924), que comprende a la totalidad de la muestra incluida para el análisis; y, 2) niños de 2 a 6 años (N=640), periodo de tiempo que concierne a la edad en la que los niños presentan una menor dependencia de la familia para alimentarse puesto que a los 2 años finaliza la extensión como mínimo de la

lactancia materna (LM) y la incorporación de la alimentación complementaria (AC). Es importante señalar que los factores que influyen sobre las prácticas alimentarias de niños de corta edad pueden ser distintos de aquellos que influyen sobre niños de mayor edad, dado que los más pequeños se encuentran en estadios de desarrollo más tempranos y tienen una mayor dependencia de la familia para alimentarse.

Por otro lado, cabe destacar, que la selección de la edad de los niños, corresponde al periodo de vida en el que la población infantil adquiere y desarrolla hábitos alimentarios que condicionarán su estado nutricional y de salud presente y futuro (Bustamante et al., 2014) (Aranceta,1997) (Coromoto et al., 2011; como se citó en Sáenz Aramburu, 2013). Debido a ello, es conveniente evaluar el estado nutricional de los niños e indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen las madres como principales responsables del cuidado infantil para contribuir a modificar las ideas y/o comportamientos que influyen en el desarrollo de exceso de peso en sus hijos, potenciando de esta forma un adecuado crecimiento, desarrollo y buen estado de salud en ellos.

#### 1.14 Variables del estudio

De la base de datos se utilizaron las siguientes variables: 1) Obesidad infantil; 2) Conocimientos maternos relacionados con el sobrepeso y la obesidad infantil; 3) Actitudes maternas sobre la prevención de la obesidad infantil; 4) Prácticas alimentarias maternas; y, 5) Características socio-demográficas de las díadas madres-hijos;

#### 1.15 Definición operacional de las variables

A continuación, se presentan las variables, definiciones, dimensiones, indicadores y preguntas utilizadas en el estudio (Tabla 2).

Tabla 2. Definición operacional de las variables.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Preguntas</b>
Dependiente: Obesidad infantil	Enfermedad caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal cuya magnitud y distribución condiciona la salud de las personas.	-Peso del niño -Talla del niño	-Peso en kilos -Talla en centímetros	Se utilizaron las mediciones de peso y talla existentes en los registros de los CAPS.
Independiente: Conocimientos maternos	Se definen como la probabilidad subjetiva de la existencia de una	-Problemas de salud asociados al exceso de peso del hijo.	-Conocimiento sobre la asociación entre el exceso de peso y las enfermedades del	Se realizaron preguntas sobre si el exceso de peso puede causar

	relación entre el objeto del conocimiento y algún otro objeto, concepto, valor u atributo (obesidad infantil).		corazón o la diabetes.	enfermedades del corazón o diabetes con opciones de respuesta de acuerdo o no de acuerdo.
Independiente: Actitudes maternas	Se define como el posicionamiento de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto de un objeto, acción o evento y representa el sentimiento favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto estímulo (obesidad infantil).	-Posición materna sobre el control del peso del hijx. -Interés materno para aprender sobre alimentos y bebidas saludables. -Posición materna sobre la relación entre imagen corporal y salud del hijx.	-Nivel de importancia que otorga a controlar el peso del hijx. -Nivel de importancia que otorga a aprender sobre alimentos y bebidas saludables. -Representación que tiene sobre la imagen corporal del hijx.	Se realizaron preguntas sobre si la participante: a) consideraba muy importante o no muy importante controlar el peso de su hijx y saber qué alimentos y bebidas son saludables; b) pensaba que la alimentación del hijx era muy sana o no muy sana; c) estaba muy de acuerdo o no muy de acuerdo sobre la frase “un niñx gordito es un niñx saludable”.
Independiente:	Las prácticas alimentarias maternas refieren	Comportamientos alimentarios maternos de	-Cantidad de veces que restringe el consumo de	Se realizaron preguntas con opciones de

<p>Prácticas alimentarias maternas</p>	<p>a las habilidades de alimentación cotidianas que ejecutan las madres en los hogares para alimentar a sus hijxs devenidas de la experiencia.</p>	<p>vigilancia de consumo, formativos o ejemplares sobre los hijxs.</p>	<p>alimentos y bebidas a los hijxs. -Cantidad de veces que enseña o da el ejemplo sobre alimentos y bebidas saludables a los hijxs.</p>	<p>respuesta siempre o a veces/nunca sobre si la participante ponía límites a dulces y comida chatarra, controlaba lo que comía, enseñaba qué alimentos son buenos y comía sano para dar el ejemplo a su hijx.</p>
<p>Covariables: Características socio demográficas de la madre</p>	<p>Conjunto de características de una población determinada en un momento preciso. Describen su género, edad, estado civil, educación, etnicidad, situación laboral, situación económica, lugar de residencia, entre otras.</p>	<p>-Edad.  -Estado civil.  -Etnicidad.         -Nivel educativo.</p>	<p>-Tiempo vivido por una persona, medido en años.  -Tipo de relación de pareja.      -Tipo de raza, origen o descendencia.</p>	<p>- ¿Qué edad tiene Usted actualmente?  - ¿Cuál es su estado civil? Opciones de respuesta: soltera, casada, en pareja, separada, divorciada, viuda.  - ¿Cuál es su raza, origen, o de qué descendencia es usted? Opciones de respuesta: aborígen, originario o nativo de América, europeo, mezcla de europeo y aborígen, árabe, otro.</p>



			<p>-Nivel de instrucción alcanzado por la madre.</p> <p>-Tipo de actividad de la madre en el mercado de trabajo.</p> <p>-Autopercepción sobre el nivel de ingreso mensual percibido por el grupo familiar.</p> <p>-Provincia de residencia de la madre.</p>	<p>- ¿Qué nivel escolar alcanzó? Opciones de respuesta: sin educación, primario, secundario, técnico, universitario.</p> <p>- Actualmente ¿cuál es su situación laboral? Opciones de respuesta: trabajando, ama de casa, jubilada, estudiando, trabajando informalmente, desocupada, otro.</p> <p>-Con los ingresos actuales de su hogar, ¿Usted suele llegar a fin de mes con mucha dificultad, dificultad, alguna dificultad, facilidad, mucha facilidad?</p> <p>-Provincia: Opciones de respuesta: Jujuy, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero.</p>
		-Situación laboral.		
		-Ingresos del hogar.		
		-Lugar geográfico de residencia.		

<p>Covariables: Características demográficas del niño</p>	<p>Conjunto de características de una población determinada en un momento preciso. Describen su género y edad.</p>	<p>-Sexo.  -Edad.</p>	<p>Femenino/masculino.  -Tiempo vivido por una persona, medido en años.</p>	<p>-Sexo: Opciones de respuesta: femenino/masculino. - ¿Qué edad tiene su hijo actualmente?</p>
---	--	-------------------------------	---	---

## 1.16 Procedimientos de análisis de datos

### 1.16.1 Administración y análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS. Se estimaron medidas de acuerdo con la escala de medición de los indicadores antropométricos. La significación de las diferencias se estimó a partir del contraste de los IC 95%. Se computó la distribución de los índices antropométricos y se construyeron tablas de doble entrada con la variable provincia. Se elaboraron tablas de doble entrada con: 1. Características sociodemográficas de las díadas madre-hijx por provincia; 2. Características sociodemográficas por estado nutricional del hijx; 3. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia; 4. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx. Para las tablas de doble entrada se realizó la prueba de Chi cuadrado y se calculó el valor  $p$ .

Se elaboraron modelos de regresión logística multivariada con el estado nutricional de lxs niñxs como variable de efecto categorizado en una serie de modelos como peso normal vs. obesidad o sobrepeso, y en otra serie de modelos como normal o sobrepeso vs. obesidad. En la serie con peso normal vs. obesidad o sobrepeso como variable de resultado se elaboraron 6 modelos, con las 6 variables de conocimiento, actitudes y prácticas maternas que mostraron una asociación significativa con el estado nutricional del hijx en análisis bivariado. Estas variables son, conocimiento materno sobre la relación entre obesidad y enfermedades del corazón y diabetes; importancia atribuida a una alimentación sana y percepción sobre si un niñx gorditx es un niñx sano; y práctica de enseñanza sobre alimentación sana y práctica de comer alimentos saludables. En todos los modelos se incluyó la variable provincia como covariable y las siguientes variables sociodemográficas sexo y edad de la madre y el niñx, estado civil, condición socioeconómica, nivel de educación y circunferencia de cintura. Para la serie con peso normal o sobrepeso vs. obesidad se elaboraron otros 6 modelos iguales a los anteriores. Este procedimiento se realizó de la misma manera, para la muestra de niñxs de entre 6 meses y 6 años de edad, y para la muestra de

niños entre 2 y 6 años de edad. Se calcularon odds ratios, intervalos de confianza del 95% y valores p.

### 1.17 Consideraciones éticas

Las participantes recibieron una hoja de Consentimiento Informado (CI) en la que se explicaron los objetivos, procedimientos y potenciales beneficios y riesgos del estudio. A través de este instrumento se explicó que su participación en el estudio era completamente voluntaria, que quién eligió participar podía optar por no responder cualquiera de las preguntas o participar de algún procedimiento, y que tenía derecho a dejar de participar del estudio en cualquier momento sin que ello le ocasionara la pérdida de ningún beneficio, específicamente servicios de salud. Solo participaron del estudio quienes proporcionaron su CI. Para resguardar el carácter confidencial de la información recibida y el respeto al anonimato de las participantes de la investigación los datos identificatorios se registraron en planillas separadas que se guardaron en un armario bajo llave.

Este Proyecto de investigación en el ámbito de la Salud Pública se desarrolló de acuerdo con las disposiciones de la Guía para Investigaciones con Seres Humanos (Anexo I de la Resolución 1480/2011 (MSN, 2011)), las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2016), y las normas éticas adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 (Asociación Médica Mundial, 2008).

El proyecto de investigación se presentó y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Salud (CEIS) del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy (ANEXO 6)<sup>12</sup> para dar cumplimiento al procedimiento de evaluación de investigaciones de la salud a realizarse en la provincia de Jujuy de acuerdo con la Resolución 12565-5-13 (MSJ, 2013).

---

<sup>12</sup> Ver Anexo 6: Dictamen de evaluación y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud de la provincia de Jujuy (CEIS).

## CAPITULO VII: RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de 2 rangos de edad: en primer lugar, niños de 6 meses a 6 años (N=924) y a continuación, niños de 2 a 6 años (N=640). Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre los 2 rangos de edad, es decir, que son consistentes.

### 1.18 Niños de 6 meses a 6 años (N=924)

#### 1.18.1 Descripción de la muestra

##### 1.18.1.1 Estado nutricional de niños por provincia de residencia

En la Tabla 3, se presenta el estado nutricional de niños de 6 meses a 6 años según los estándares de la OMS y la IOTF, por provincia de residencia.

Tabla 3. Estado nutricional de niños según los estándares de la OMS y la IOTF, por provincia de residencia. Niños de 6 meses a 6 años (N=924)

PROVINCIA DE RESIDENCIA	ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑXS (OMS/IOTF)			
	Bajo Peso/Delgadez N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidad N (%)
Catamarca	35 (13,8)	123 (48,4)	39 (15,4)	57 (22,4)
Jujuy	13 (5,8)	107 (47,3)	62 (27,4)	44 (19,5)
Santiago del Estero	4 (1,7)	163 (69,1)	51 (21,6)	18 (7,6)
Tucumán	11 (5,3)	105 (50,5)	48 (23,1)	44 (21,2)
<b>TOTAL N (%)</b>	63 (6,8)	498 (53,9)	200 (21,6)	163 (17,6)

Según los estándares de la OMS y la IOTF para niños de 6 meses a 6 años, la provincia de Catamarca fue la que presentó mayor porcentaje de obesidad y de bajo peso. Jujuy mostró el mayor porcentual de sobrepeso. Y, el mayor porcentaje de exceso de peso, sumados sobrepeso y obesidad se encontró en la provincia de Jujuy (46,9%).

### 1.18.1.2 Características demográficas por provincia de residencia

A continuación, se presentan las características demográficas de las diadas madre-hijx, por provincia de residencia (Tabla 4).

Tabla 4. Características demográficas de madres e hijxs, por provincia de residencia. Niñxs de 6 meses a 6 años (N=924)

	PROVINCIA DE RESIDENCIA					* <i>p</i>
	Catamarca	Jujuy	Santiago del Estero	Tucumán	TOTAL	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRE</b>						
<i>Edad en años</i>						
14 a 30	185 (72,8)	163 (73,1)	160 (68,4)	120 (58,5)	628 (68,6)	0,003
31 a 47	69 (27,2)	60 (26,9)	74 (31,6)	85 (41,5)	288 (31,4)	
<i>Estado civil</i>						
Soltera/separada/viuda	82 (32,3)	100 (45,5)	45 (19,3)	59 (28,6)	286 (31,3)	0,000
Casada/en pareja	172 (67,7)	120 (54,5)	188 (80,7)	147 (71,4)	627 (68,7)	
<i>Etnicidad</i>						
Indígena o parte Indígena	14 (5,6)	120 (64,2)	32 (13,7)	13 (6,5)	179 (20,5)	0,000



Europea/otro	238 (94,4)	67 (35,8)	202 (86,3)	188 (93,5)	695 (79,5)	
<i>Nivel educativo</i>						
Hasta primaria completa	65 (27,0)	18 (8,4)	27 (11,5)	29 (14,6)	139 (15,7)	0,000
Secundaria completa o incompleta	148 (61,4)	139 (65,0)	195 (83,3)	139 (70,2)	621 (70,0)	
Terciario/universitario completo o incompleto	28 (11,6)	57 (26,6)	12 (5,1)	30 (15,2)	127 (14,3)	
<i>Situación laboral</i>						
Empleo formal	82 (32,3)	53 (23,8)	16 (6,8)	25 (12,1)	176 (19,2)	0,000
Ama de casa/estudiante	155 (61,0)	155 (69,5)	141 (60,3)	136 (66,0)	587 (64,0)	
Trabajo informal/desocupada	17 (6,7)	15 (6,7)	77 (32,9)	45 (21,8)	154 (16,8)	
<i>Ingresos alcanzan para cubrir gastos</i>						
Con mucha dificultad	72 (29,1)	26 (11,7)	25 (10,9)	16 (8,0)	139 (15,4)	0,000
Con dificultad	57 (23,1)	88 (39,5)	186 (80,9)	65 (32,5)	396 (44,0)	
Con facilidad/mucha facilidad	118 (47,8)	109 (48,9)	19 (8,3)	119 (59,5)	365 (40,6)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL HIJX</b>						
<i>Sexo del hijx</i>						
Varón	132 (52,0)	116 (51,3)	123 (52,1)	121 (58,2)	492 (53,2)	0,449

Mujer	122 (48,0)	110 (48,7)	113 (47,9)	87 (41,8)	432 (46,8)	
<i>Edad del hijx</i>						
6 meses a 1 año	88 (34,6)	85 (37,6)	52 (22,0)	59 (28,4)	284 (30,7)	0,000
2 a 3 años	71 (28,0)	91 (40,3)	83 (35,2)	77 (37,0)	322 (34,8)	
4 a 6 años	95 (37,4)	50 (22,1)	101 (42,8)	72 (34,6)	318 (34,4)	
<i>Estado nutricional del hijx</i>						
Bajo peso/Delgadez	35 (13,8)	13 (5,8)	4 (1,7)	11 (5,3)	63 (6,8)	0,000
Normal	123 (48,4)	107 (47,3)	163 (69,1)	105 (50,5)	498 (53,9)	
Sobrepeso	39 (15,4)	62 (27,4)	51 (21,6)	48 (23,1)	200 (21,6)	
Obesidad	57 (22,4)	44 (19,5)	18 (7,6)	44 (21,2)	163 (17,6)	

\* Valor *p* para la prueba de Chi cuadrado

Como se puede observar en la Tabla 4, el 31,4% de las madres tenía más de 30 años, el 31,3% no estaba casada o en pareja, el 15,47% tenía nivel primario en educación, el 19,2% tenía empleo formal, el 15,4% indicó que con sus ingresos tenía mucha dificultad para cubrir los gastos. En relación a las características demográficas del hijx hallamos que el 46,8% de lxs niñxs en la muestra eran mujeres, el 30,7% tenía entre 6 meses y 1 año de edad, y, en cuanto al estado nutricional, el 6,8% de lxs niñxs tenía bajo peso/delgadez, el 53,9% peso normal, el 21,6% sobrepeso y el 17,6% obesidad.

### 1.18.1.3 Características demográficas por estado nutricional del hijx

En la Tabla que se presenta a continuación (5), se exponen las características demográficas de las diadas madre-hijx, por estado nutricional del hijx.

Tabla 5. Características demográficas por estado nutricional del hijx.  
Niñxs de 6 meses a 6 años de edad.

	ESTADO NUTRICIONAL DEL HIJX (OMS/IOTF)				* <i>p</i>
	Bajo Peso/ Delgadez N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidad N (%)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRE</b>					
<i>Edad en años</i>					
14 a 30	44 (7,0)	332 (52,9)	139 (22,1)	113 (18,0)	0,816
31 a 47	19 (6,6)	162 (56,3)	58 (20,1)	49 (17,0)	
<i>Estado civil</i>					
Soltera/separada/viuda	24 (8,4)	131 (45,8)	75 (26,2)	56 (19,6)	0,006
Casada/en pareja	39 (6,2)	364 (58,1)	120 (19,1)	104 (16,6)	
<i>Etnicidad</i>					
Indígena o parte Indígena	7 (3,9)	92 (51,4)	43 (24,0)	37 (20,7)	0,206
Europea/otro	52 (7,5)	379 (54,5)	142 (20,4)	122 (17,6)	
<i>Nivel educativo</i>					
Hasta primaria completa	15 (10,8)	71 (51,1)	27 (19,4)	26 (18,7)	0,222
Secundaria completa o incompleta	40 (6,4)	348 (56,0)	132 (21,3)	101 (16,3)	

Terciario/universitario completo o incompleto	6 (4,7)	62 (48,832)	32 (25,2)	27 (21,3)	
<i>Situación laboral</i>					
Empleo formal	12 (6,8)	86 (48,9)	41 (23,3)	37 (21,0)	0,644
Ama de casa/estudiante	42 (7,2)	321 (54,7)	121 (20,6)	103 (17,5)	
Trabajo informal/desocupada	9 (5,8)	89 (57,8)	34 (22,1)	22 (14,3)	
<i>Ingresos alcanzan para cubrir gastos</i>					
Con dificultad/mucha dificultad	34 (6,4)	311 (58,1)	105 (19,6)	85 (15,9)	0,028
Con facilidad/mucha facilidad	28 (7,7)	175 (47,9)	89 (24,4)	73 (20,0)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL HIJX</b>					
<i>Sexo</i>					
Varón	36 (7,3)	249 (50,6)	125 (25,4)	82 (16,7)	0,019
Mujer	27 (6,3)	249 (57,6)	75 (17,4)	81 (18,8)	
<i>Edad</i>					
6 meses a 1 año	6 (2,1)	113 (39,8)	87 (30,6)	78 (27,5)	0,000
2 a 3 años	17 (5,3)	194 (60,2)	58 (18,0)	53 (16,5)	
4 a 6 años	40 (12,6)	191 (60,1)	55 (17,3)	32 (10,1)	
<i>Provincia de residencia</i>					
Catamarca	35 (13,8)	123 (48,4)	39 (15,4)	57 (22,4)	0,000
Jujuy	13 (5,8)	107 (47,3)	62 (27,4)	44 (19,5)	
Santiago del Estero	4 (1,7)	163 (69,1)	51 (21,6)	18 (7,6)	

Tucumán	11 (5,3)	105 (50,5)	48 (23,1)	44 (21,2)	
---------	----------	------------	-----------	-----------	--

\* Valor  $p$  para la prueba de Chi cuadrado

Como se puede observar, entre las madres con ingresos adecuados, se encontró un mayor porcentaje de niños obesos (20,0%) en comparación con quienes tenían dificultad para manejarse con sus ingresos (15,9%). Y, un mayor porcentaje de varones presentó sobrepeso en comparación con las mujeres (25,4% vs. 17,4%). En Santiago del Estero se encontró un porcentaje menor de obesidad en comparación a las otras provincias (7,6% vs. 19,5% a 22,4%) (Tabla 5).

### 1.18.2 Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx

En análisis bivariado se encontraron asociaciones significativas entre el estado nutricional de lxs hijxs y los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas (Tabla 6).

Tabla 6. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx. Niñxs de 6 meses a 6 años de edad.

	ESTADO NUTRICIONAL DEL HIJX (OMS/IOTF)					* <i>p</i>
	Bajo peso/ Delgadez N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidad N (%)	Total N (%)	
<b>CONOCIMIENTOS MATERNOS</b>						
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón</i>						
Si	56 (90,3)	343 (70,4)	139 (71,3)	136 (85,0)	674 (74,6)	0,000
No	6 (9,7)	144 (29,6)	56 (28,7)	24 (15,0)	230 (25,4)	

<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar diabetes</i>						
Si	53 (85,5)	327 (67,1)	131 (67,2)	126 (79,2)	637 (70,5)	0,001
No	9 (14,5)	160 (32,9)	64 (32,8)	33 (20,8)	266 (29,5)	
<b>ACTITUDES MATERNAS</b>						
<i>Piensa que controlar el peso de su hijx es</i>						
Muy importante	30 (48,4)	254 (51,8)	95 (48,2)	82 (51,3)	461 (50,7)	0,828
No muy importante	32 (51,6)	236 (48,2)	102 (51,8)	78 (48,8)	448 (49,3)	
<i>Saber qué alimentos son saludables es</i>						
Muy importante	38 (61,3)	287 (58,8)	105 (53,3)	88 (55,7)	518 (57,2)	0,510
No muy importante	24 (38,7)	201 (41,2)	92 (46,7)	70 (44,3)	387 (42,8)	
<i>Saber qué bebidas son saludables es</i>						
Muy importante	37 (59,7)	266 (54,5)	100 (51,3)	85 (53,5)	488 (54,0)	0,693
No muy importante	25 (40,3)	222 (45,5)	95 (48,7)	74 (46,5)	416 (46,0)	

<i>Piensa que la alimentación del hijx es</i>						
Muy sana	15 (24,2)	198 (40,6)	78 (39,4)	40 (25,0)	331 (36,5)	0,001
No muy sana	47 (75,8)	290 (59,4)	120 (60,6)	120 (75,0)	577 (63,5)	
<i>Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano</i>						
Muy de acuerdo	6 (9,7)	25 (5,1)	9 (4,6)	19 (11,9)	59 (6,5)	0,010
No muy de acuerdo	56 (90,3)	464 (94,9)	188 (95,4)	141 (88,1)	849 (93,5)	
<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS</b>						
<i>Pone límites a dulces y comida chatarra</i>						
Siempre	39 (65,)	304 (67,1)	118 (66,7)	78 (56,9)	539 (65,2)	0,170
A veces/nunca	21 (35,0)	149 (32,9)	59 (33,3)	59 (43,1)	288 (34,8)	
<i>Controla lo que come su hijx</i>						
Siempre	47 (78,3)	384 (84,6)	140 (79,1)	107 (78,1)	678 (81,9)	0,173
A veces/nunca	13 (21,7)	70 (15,4)	37 (20,9)	30 (21,9)	150 (18,1)	



<i>Enseña qué alimentos son buenos</i>						
Siempre	49 (81,7)	351 (77,8)	129 (72,9)	86 (63,2)	615 (74,6)	0,003
A veces/nunca	11 (18,3)	100 (22,2)	48 (27,1)	50 (36,8)	209 (25,4)	
<i>Come sano para dar ejemplo</i>						
Siempre	43 (72,9)	339 (74,7)	120 (68,2)	80 (58,8)	582 (70,5)	0,004
A veces/nunca	16 (27,1)	115 (25,3)	56 (31,8)	56 (41,2)	243 (29,5)	

\* Valor  $p$  para la prueba de Chi cuadrado

#### 1.18.2.1.1 Resultados descriptivos

El 74,6% de las madres informó estar de acuerdo con que “el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón” y con que “el exceso de peso puede causar diabetes” (70,5%). El 36,5% de las madres pensaba que la alimentación del hijx era muy sana. Una mayoría (74,6%) de madres informó que enseñaba siempre qué alimentos son buenos y que comía siempre sano para dar el ejemplo (70,5%) y sólo el 6,5% pensaba que un niñx gorditx es un niñx sano (Tabla 6).

#### 1.18.2.1.2 Conocimientos maternos por estado nutricional del hijx

En comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de hijxs con obesidad no estaba de acuerdo con que “el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón” (29,6% vs. 15,0%  $p$  0,000) y con que “el exceso de peso puede causar diabetes” (32,9% vs. 20,8%  $p$  0,001) (Tabla 6).

#### 1.18.2.1.3 Actitudes maternas por estado nutricional del hijx

En comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de niñxs con obesidad pensaba que la alimentación del hijx era muy sana (40,6% vs. 25,0%  $p$  0,001). Sin embargo, un mayor porcentaje de madres de niñxs con obesidad pensaba que un niñx gordito es un niñx sano (11,9% vs. 5,1%  $p$  0,010). No se encontró asociación significativa con otros componentes actitudinales evaluados, referidos a la importancia de controlar el peso del hijx, o la importancia de saber qué alimentos o bebidas son saludables (Tabla 6).

#### 1.18.2.1.4 Prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx

En comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de niñxs con obesidad enseñaba qué alimentos son buenos (63,2% vs. 77,8%  $p$  0,003) y comían sano para dar el ejemplo (58,8% vs. 74,7%  $p$  0,004). No se encontró asociación significativa con otros componentes de prácticas maternas evaluados,

referidos a poner límites a la ingesta de alimentos no saludables y a controlar la alimentación del hijx (Tabla 6).

### 1.18.3 Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia

En análisis bivariado se encontraron asociaciones significativas entre la provincia de residencia y los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas (Tabla 7).

Tabla 7. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia de residencia. Niños de 6 meses a 6 años de edad.

	<b>Jujuy</b>	<b>Catamarca</b>	<b>Tucumán</b>	<b>Santiago del Estero</b>	<b>TOTAL</b>	<b>* p</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>CONOCIMIENTOS MATERNOS</b>						
<i>El exceso de peso puede causar enfermedades del corazón</i>						
Si	207 (92,0)	249 (98,0)	177 (93,2)	41 (17,4)	674 (74,6)	0,000
No	18 (8,0)	5 (2,0)	13 (6,8)	194 (82,6)	230 (25,4)	
<i>El exceso de peso puede causar diabetes</i>						
Si	197 (87,6)	235 (92,9)	171 (90,0)	34 (14,5)	637 (70,5)	0,000
No	28 (12,4)	18 (7,1)	19 (10,0)	201 (85,5)	266 (29,5)	

<b>ACTITUDES MATERNAS</b>						
<i>Piensa que controlar el peso del hijx es</i>						
Muy importante	120 (53,6)	159 (62,8)	56 (28,3)	126 (53,8)	461 (50,7)	0,000
No muy importante	104 (46,4)	94 (37,2)	142 (71,7)	108 (46,2)	448 (49,3)	
<i>Saber qué alimentos son saludables es</i>						
Muy importante	140 (62,8)	184 (72,7)	75 (38,3)	119 (51,1)	518 (57,2)	0,000
No muy importante	83 (37,2)	69 (27,3)	121 (61,7)	114 (48,9)	387 (42,8)	
<i>Saber qué bebidas son saludables es</i>						
Muy importante	137 (60,9)	175 (70,3)	55 (27,8)	121 (52,2)	488 (54,0)	0,000
No muy importante	88 (39,1)	74 (29,7)	143 (72,2)	111 (47,8)	416 (46,0)	
<i>Piensa que la alimentación del hijx es</i>						
Muy sana	56 (25,0)	84 (33,2)	11 (5,6)	180 (77,3)	331 (36,5)	0,000
No muy sana	168 (75,0)	169 (66,8)	187 (94,4)	53 (22,7)	577 (63,5)	
<i>Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano</i>						
Muy de acuerdo	16 (7,1)	26 (10,3)	13 (6,6)	4 (1,7)	59 (6,5)	0,002
No muy de acuerdo	209 (92,9)	227 (89,7)	183 (93,4)	230 (98,3)	849 (93,5)	

<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS</b>						
<i>Pone límites a dulces y comida chatarra</i>						
Siempre	177 (81,9)	150 (66,7)	55 (29,7)	157 (78,1)	539 (65,2)	0,000
A veces/nunca	39 (18,1)	75 (33,3)	130 (70,3)	44 (21,9)	288 (34,8)	
<i>Controla lo que come su hijx</i>						
Siempre	190 (88,0)	199 (88,1)	114 (61,3)	175 (87,5)	678 (81,9)	0,000
A veces/nunca	26 (12,0)	27 (11,9)	72 (38,7)	25 (12,5)	150 (18,1)	
<i>Enseña qué alimentos son buenos</i>						
Siempre	179 (82,9)	172 (76,8)	98 (53,3)	166 (83,0)	615 (74,6)	0,000
A veces/nunca	37 (17,1)	52 (23,2)	86 (46,7)	34 (17,0)	209 (25,4)	
<i>Come sano para dar ejemplo</i>						
Siempre	173 (80,1)	158 (70,9)	85 (45,9)	166 (82,6)	582 (70,5)	0,000
A veces/nunca	43 (19,9)	65 (29,1)	100 (54,1)	35 (17,4)	243 (29,5)	

\* Valor *p* para la prueba de Chi cuadrado

### 1.18.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia

#### 1.18.3.1.1 Conocimientos maternos por provincia

Se encontraron asociaciones significativas entre conocimientos maternos y la provincia de residencia. En la provincia de Santiago del Estero un porcentaje

significativamente mayor de madres informaron que “no acuerdan que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón” 82,6% en comparación al 2,0% en Catamarca; y, “no acuerdan que el exceso de peso puede causar diabetes” 85,5% vs. 7,1% en Catamarca (Tabla 7).

#### 1.18.3.1.2 Actitudes maternas por provincia

Asimismo, se encontraron asociaciones significativas entre actitudes maternas y la provincia de residencia. En la Provincia de Tucumán, un porcentaje significativamente mayor de madres informaron que “piensan que controlar el peso de su hijx no es muy importante”, 71,7% en comparación a 37,2% en Catamarca; “piensan que saber qué alimentos son saludables no es muy importante” 61,7% vs. 27,3% en Catamarca, “piensan que saber qué bebidas son saludables no es muy importante” 72,2% vs. 29,7% en Catamarca, “piensan que la alimentación de su hijx no es muy sana” 94,4% vs. 22,7% en Santiago del Estero. Por otro lado, un mayor porcentaje de madres en Catamarca “piensa que un niñx gordito es un niñx sano” 10,3% vs. 1,7% en Santiago del Estero (Tabla 7).

#### 1.18.3.1.3 Prácticas alimentarias maternas por provincia

También se encontraron asociaciones significativas entre prácticas alimentarias maternas y la provincia de residencia. Un porcentaje significativamente mayor de madres de la provincia de Tucumán informaron que solamente “a veces o nunca ponen limite a sus hijxs con los dulces o comidas chatarras” 70,3% vs. 18,1% en Jujuy, “controlan lo que comen sus hijxs” 38,7% vs. 11,9% en Catamarca, “enseñan qué alimentos son buenos” 46,7% vs. 17,0% en Santiago del Estero, “comen sano para dar ejemplo a su hijx” 54,1% vs. 17,4% en Santiago del Estero. Los valores de asociación según test de Chi cuadrado variaron entre  $p < 0,000$  y  $p < 0,002$ . En la provincia de Santiago del Estero el 83% de las madres informaron que siempre “enseñan que alimentos son buenos” vs. el 53% en Tucumán. También en esa provincia el 82,6% de

las madres indicaron que siempre “comen sano para dar ejemplo a sus hijos”, en comparación al 45,9% en Tucumán (Tabla 7).



### 1.18.4 Análisis multivariado

En los modelos incluyendo a niños de 6 meses a 6 años de edad, controlando por jurisdicción de residencia y por variables sociodemográficas de madres y niños se encontraron los siguientes resultados (Tabla 8).

Tabla 8. Regresión logística de estado nutricional por conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas. Niños de 6 meses a 6 años de edad

	NIÑXS DE 6 MESES A 6 AÑOS DE EDAD			
	Obesidad vs. Peso Normal/ Sobrepeso *		Obesidad/sobrepeso vs. Peso Normal *	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>CONOCIMIENTOS MATERNOS</b>				
<b>MODELO 1</b>				
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón</i>				
Muy de acuerdo vs. no muy de acuerdo	0,9 (0,5-1,8)	0,847	0,6 (0,4-1,1)	0,074
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,8 (0,5-1,3)	0,424	0,9 (0,6-1,3)	0,500
Jujuy vs. Tucumán	1,3 (0,8-2,0)	0,366	0,9 (0,6-1,3)	0,554
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,4 (0,2-0,8)	0,007	0,4 (0,2-0,8)	0,005

<b>MODELO 2</b>				
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar diabetes</i>				
Muy de acuerdo vs. no muy de acuerdo	0,8 (0,4-1,3)	0,321	0,7 (0,4-1,3)	0,071
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,8 (0,5-1,3)	0,416	0,9 (0,6-1,3)	0,516
Jujuy vs. Tucumán	1,2 (0,8-2,0)	0,374	0,9 (0,6-1,3)	0,508
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,3 (0,2-0,6)	0,001	0,5 (0,3-0,8)	0,004
<b>ACTITUDES MATERNAS</b>				
<b>MODELO 3</b>				
<i>Piensa que un niñx gordito es un niñx sano</i>				
Muy de acuerdo vs. no muy de acuerdo	2,1 (1,1-4,1)	0,022	1,3 (0,7-2,3)	0,451
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,7 (0,4-1,3)	0,275	1,0 (0,6-1,6)	0,988
Jujuy vs. Tucumán	1,2 (0,7-2,1)	0,482	0,8 (0,5-1,3)	0,403
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,3 (0,2-0,6)	0,001	0,6 (0,4-1,0)	0,058
<b>MODELO 4</b>				
<i>Piensa que la alimentación del hijx es</i>				
Muy sana vs. poco/nada sana	0,3 (0,1-0,6)	0,001	0,3 (0,2-0,6)	0,001

Sana vs. poco/nada sana	0,4 (0,2-0,8)	0,007	0,3 (0,2-0,6)	0,000
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,9 (0,5-1,6)	0,721	1,1 (0,7-1,8)	0,613
Jujuy vs. Tucumán	1,6 (0,9-2,8)	0,099	0,9 (0,6-1,5)	0,723
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,5 (0,3-1,1)	0,084	0,8 (0,5-1,3)	0,370
<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS</b>				
<b>MODELO 5</b>				
<i>Enseña qué alimentos son buenos</i>				
Siempre vs. a veces/nunca	0,6 (0,4-0,9)	0,020	0,6 (0,4-0,9)	0,010
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,8 (0,5-1,5)	0,516	1,2 (0,8-2,0)	0,441
Jujuy vs. Tucumán	1,3 (0,7-2,3)	0,382	1,0 (0,6-1,7)	0,988
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,3 (0,1-0,6)	0,001	0,8 (0,5-1,3)	0,326
<b>MODELO 6</b>				
<i>Come sano para dar ejemplo</i>				
Siempre vs. a veces/nunca	0,6 (0,4-1,0)	0,036	0,6 (0,4-0,9)	0,006
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,8 (0,5-1,5)	0,556	1,3 (0,8-2,1)	0,331

Jujuy vs. Tucumán	1,3 (0,7-2,3)	0,382	1,0 (0,6-1,7)	0,998
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,3 (0,1-0,6)	0,002	0,8 (0,5-1,4)	0,491

\*Modelos controlando por características sociodemográficas de madres y niños.

#### 1.18.4.1 Asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas y exceso de peso

Como se observa en la Tabla 8, en modelos multivariados no se encontró una relación significativa entre las variables de conocimiento (Modelo 1 y Modelo 2), y el exceso de peso del hijo.

En cuanto a actitudes alimentarias maternas, los niños cuyas madres pensaban que un niño gordito es un niño sano, tenían más del doble de riesgo de ser obesos (OR 2,1; IC 95% 1,1-4,1) (Modelo 3).

En el Modelo 4, para las madres que pensaban que la comida de sus hijos era muy sana el riesgo de tener hijos con obesidad (OR 0,3; IC 95% 0,1-0,6) o de tener hijos con sobrepeso u obesidad (OR 0,3; IC 95% 0,2-0,6) se reducía significativamente en comparación a madres que pensaban que la comida de sus hijos era poco o nada sana. Para las madres que pensaban que la comida de sus hijos era sana, el riesgo de tener hijos con obesidad (OR 0,4; IC 95% 0,2-0,8) o tener hijos con sobrepeso u obesidad (OR 0,3; IC 95% 0,2-0,6) también se reducía significativamente en comparación a quienes pensaban que la comida de sus hijos era poco o nada sana.

En relación a prácticas alimentarias maternas, en el Modelo 5, las madres que enseñaban siempre a sus hijos sobre qué alimentos son buenos tenían menor riesgo de tener hijos obesos (OR 0,6; IC 95% 0,4-0,9), o hijos con sobrepeso u obesidad (OR 0,6; IC 95% 0,4-0,9), en comparación a las madres que enseñaban a veces o nunca.

En el Modelo 6, las madres que siempre comían sano para dar ejemplo, presentaron menor riesgo de tener hijos con obesidad (OR 0,6; IC 95% 0,4-1,0) o con sobrepeso u obesidad (OR 0,6; IC 95% 0,4-0,9) en comparación a las madres que lo hacían a veces o nunca.

#### 1.18.4.2 Asociación entre jurisdicción de residencia y exceso de peso

Encontramos un riesgo significativa y consistentemente menor (OR 0,3-0,5) de tener exceso de peso (obesidad vs. sobrepeso o peso normal; y obesidad o sobrepeso vs. peso normal) para lxs niñxs residentes en la provincia de Santiago del Estero en comparación a lxs residentes en la provincia de Tucumán, en los modelos que incluyen las variables de conocimiento como variable de exposición (modelo1 y modelo 2). Es decir, que la influencia del contexto socioambiental representado por la provincia de residencia tiene una influencia que persiste independientemente del nivel de conocimiento sobre problemas de salud asociados a la obesidad evaluados en estos modelos.

La relación significativa entre la provincia de residencia y el exceso de peso se verificó solamente para el modelo 3 de actitud materna y para los modelos 5 y 6 de prácticas alimentarias maternas, cuando se utilizó como variable de resultado obesidad versus sobrepeso o peso normal. Es decir, que la influencia del contexto social se ve reducida al considerar la influencia de actitudes y prácticas maternas, cuando se evalúa sobrepeso y obesidad en forma conjunta, respecto de niñxs con peso normal (Tabla 8).

#### 1.18.5 Verificación de Hipótesis para la muestra de niños de entre 6 meses y 6 años de edad

**Hipótesis 1:** Se comprobó la hipótesis planteada en relación a la prevalencia de sobrepeso infantil, ya que se demostró que su distribución varía significativamente en las 4 provincias analizadas, presentando la menor prevalencia Catamarca en comparación a Jujuy (15,4% vs. 27,5%). También se comprobó la hipótesis en relación a la prevalencia de obesidad infantil, ya que se demostró que existen diferencias significativas en cuanto a su distribución en las 4 provincias evaluadas, encontrándose la menor prevalencia en Santiago del Estero en comparación a Catamarca (7,6% vs. 22,4%).

**Hipótesis 2:** En la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas con el estado nutricional de los niños, no se demostró una asociación significativa entre conocimientos maternos y obesidad infantil, pero sí se encontró asociación significativa entre actitudes y prácticas alimentarias maternas con la obesidad de los niños.

**Hipótesis 3:** Se comprobó la hipótesis planteada, ya que al analizar las características de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil entre las provincias, se demostró que existen diferencias significativas. La jurisdicción de Santiago del Estero presentó en las madres porcentajes significativamente menores en cuanto a niveles de conocimientos adecuados y niveles mayores de actitudes y prácticas de alimentación positivas; mientras que Tucumán presentó porcentajes significativamente menores en cuanto a actitudes positivas y prácticas alimentarias maternas saludables.

**Hipótesis 4:** Se comprobó que la asociación de actitudes y prácticas alimentarias maternas con el exceso de peso persisten aun controlando por la influencia de variables sociodemográficas.

**Hipótesis 5:** Se comprobó que lxs niñxs residentes en la provincia de Santiago del Estero presentan menor riesgo de exceso de peso independientemente del nivel de conocimiento materno, aun controlando por variables sociodemográficas. La relación significativa entre la provincia de residencia y el exceso de peso se verificó solamente para el modelo 3 de actitud materna y para los modelos 5 y 6 de prácticas alimentarias maternas; la influencia del contexto social se reduce al considerar la influencia de actitudes y prácticas maternas.

## 1.19 Niños de 2 a 6 años (N=640)

### 1.19.1 Descripción de la muestra

#### 1.19.1.1 Estado nutricional de niños por provincia de residencia.

En la Tabla 9, se presenta el estado nutricional de niños de 2 a 6 años según los estándares de la IOTF, por provincia de residencia.

Tabla 9. Estado nutricional de niños según los estándares de la IOTF, por provincia de residencia. Niños de 2 a 6 años (N=640)

PROVINCIA DE RESIDENCIA	ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑXS (IOTF)			
	Delgadez N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidad N (%)
Catamarca	33 (19,9)	80 (48,2)	21 (12,7)	32 (19,3)
Jujuy	10 (7,1)	80 (56,7)	31 (22,0)	20 (14,2)
Santiago del Estero	4 (2,2)	140 (76,1)	33 (17,9)	7 (3,8)
Tucumán	10 (6,7)	85 (57,0)	28 (18,8)	26 (17,4)
<b>TOTAL N (%)</b>	<b>57 (8,9)</b>	<b>385 (60,2)</b>	<b>113 (17,7)</b>	<b>85 (13,3)</b>

Como se observa en la Tabla 9, para niños de 2 a 6 años, según los estándares de la IOTF, la provincia de Catamarca fue la que presentó mayor porcentaje de obesidad (19,3%) y de delgadez (19,9%). Jujuy mostró el mayor porcentual de sobrepeso (22,0%). Y, el mayor porcentaje de exceso de peso, sumados sobrepeso y obesidad se encontró en las provincias de Jujuy y Tucumán con el mismo porcentaje (36,2%).



### 1.19.1.2 Características demográficas por provincia de residencia

A continuación, se presentan las características demográficas de las diadas madre-hijx, por provincia de residencia (Tabla 10).

Tabla 10. Características demográficas de madres e hijxs, por provincia. Niños de 2 a 6 años (N=640)

	PROVINCIA DE RESIDENCIA					* <i>p</i>
	Catamarca	Jujuy	Santiago del Estero	Tucumán	TOTAL	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRE</b>						
<i>Edad en años</i>						
14 a 30	116 (69,9)	101 (72,1)	113 (62,1)	79 (53,7)	409 (64,4)	0,004
31 a 47	50 (30,1)	39 (27,9)	69 (37,9)	68 (46,3)	226 (35,6)	
<i>Estado civil</i>						
Soltera/separada/viuda	58 (34,9)	59 (42,4)	21 (11,6)	40 (27,2)	178 (28,1)	0,000
Casada/en pareja	108 (65,1)	80 (57,6)	160 (88,4)	107 (72,8)	455 (71,9)	
<i>Nivel educativo</i>						
Hasta primaria completa	52 (32,9)	14 (10,3)	20 (11,0)	22 (15,5)	108 (17,5)	0,000

Secundaria completa o incompleta	91 (57,6)	92 (67,6)	154 (84,6)	97 (68,3)	434 (70,2)	
Terciario/universitario completo o incompleto	15 (9,5)	30 (22,1)	8 (4,4)	23 (16,2)	76 (12,3)	
<i>Situación laboral</i>						
Empleo formal	60 (36,1)	28 (20,0)	10 (5,5)	17 (11,6)	115 (18,1)	0,000
Ama de casa/estudiante	93 (56,0)	100 (71,4)	105 (57,7)	97 (66,0)	395 (62,2)	
Trabajo informal/desocupada	13 (7,8)	12 (8,6)	67 (36,8)	33 (22,4)	125 (19,7)	
<i>Ingresos alcanzan para cubrir gastos</i>						
Con mucha dificultad	53 (32,5)	18 (12,9)	18 (10,1)	11 (7,7)	100 (16,1)	0,000
Con dificultad	37 (22,7)	54 (38,8)	146 (81,6)	45 (31,7)	282 (45,3)	
Con facilidad/mucha facilidad	73 (44,8)	67 (48,2)	15 (8,4)	86 (60,6)	241 (38,7)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL HIJX</b>						
<i>Sexo del hijx</i>						
Varón	82 (49,4)	73 (51,8)	100 (54,3)	85 (57,0)	340 (53,1)	0,560
Mujer	84 (50,6)	68 (48,2)	84 (45,7)	64 (43,0)	300 (46,9)	

<i>Edad del hijx</i>						
2 a 4 años	71 (42,8)	91 (64,5)	83 (45,1)	77 (51,7)	322 (50,3)	0,001
5 a 6 años	95 (57,2)	50 (35,5)	101 (54,9)	72 (48,3)	318 (49,7)	
<i>Estado nutricional del hijx</i>						
Delgadez	33 (19,9)	10 (7,1)	4 (2,2)	10 (6,7)	57 (8,9)	0,000
Normal	80 (48,2)	80 (56,7)	140 (76,1)	85 (57,0)	385 (60,2)	
Sobrepeso	21 (12,7)	31 (22,0)	33 (17,9)	28 (18,8)	113 (17,7)	
Obesidad	32 (19,3)	20 (14,2)	7 (3,8)	26 (17,4)	85 (13,3)	

\* Valor  $p$  para la prueba de Chi cuadrado

Como se observa en la Tabla 10, el 35,6% de las madres tenía más de 30 años, el 28,1% no estaba casada o en pareja, el 17,5% tenía nivel primario en educación, el 18,1% tenía empleo formal, el 16,1% indicó que con sus ingresos tenía mucha dificultad para cubrir los gastos. En lo que respecta a las características demográficas del hijx, el 46,9% de lxs niñxs en la muestra eran mujeres, y en cuanto al estado nutricional, el 8,9% de lxs niñxs presentaba delgadez, el 60,2% peso normal, el 17,7% sobrepeso y el 13,3% obesidad.

### 1.19.1.3 Características demográficas por estado nutricional del hijx

En la Tabla que se presenta a continuación (11), se exponen las características demográficas de las diadas madre-hijx, por estado nutricional del hijx.

Tabla 11. Características demográficas por estado nutricional del hijx. Niñxs de 2 a 6 años.

	ESTADO NUTRICIONAL DEL HIJX (IOTF)				* <i>p</i>
	Delgadez N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidad N (%)	
<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRE</b>					
<i>Edad en años</i>					
14 a 30	39 (9,5)	243 (59,4)	71 (17,4)	56 (13,7)	0,863
31 a 47	18 (8,0)	139 (61,5)	41 (18,1)	28 (12,4)	
<i>Estado civil</i>					
Soltera/separada/viuda	19 (10,7)	95 (53,4)	36 (20,2)	28 (15,7)	0,168
Casada/en pareja	38 (8,4)	287 (63,1)	74 (16,3)	56 (12,3)	
<i>Nivel educativo</i>					
Hasta primaria completa	14 (13,0)	58 (53,7)	16 (14,8)	20 (18,5)	0,143
Secundaria completa o incompleta	36 (8,3)	273 (62,9)	76 (17,5)	49 (11,3)	
Terciario/universitario completo o incompleto	5 (6,6)	42 (55,3)	16 (21,1)	13 (17,1)	
<i>Situación laboral</i>					
Empleo formal	11 (9,6)	61 (53,0)	26 (22,6)	17 (14,8)	0,184

Ama de casa/estudiante	38 (9,6)	242 (61,3)	59 (14,9)	56 (14,2)	
Trabajo informal/desocupada	8 (6,4)	80 (64,0)	26 (20,8)	11 (8,8)	
<i>Ingresos alcanzan para cubrir gastos</i>					
Con dificultad/mucha dificultad	31 (8,1)	249 (65,2)	59 (15,4)	43 (11,3)	0,021
Con facilidad/mucha facilidad	25 (10,4)	127 (52,7)	59 (20,7)	39 (16,2)	
<b>CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL HIJX</b>					
<i>Sexo</i>					
Varón	35 (10,3)	192 (56,5)	70 (20,6)	43 (12,6)	0,073
Mujer	22 (7,3)	193 (64,3)	43 (14,3)	42 (14,0)	
<i>Edad</i>					
2 a 4 años	17 (5,3)	194 (60,2)	58 (18,0)	53 (16,5)	0,002
5 a 6 años	40 (12,6)	191 (60,1)	55 (17,3)	32 (10,1)	
<i>Provincia de residencia</i>					
Catamarca	33 (19,9)	80 (48,2)	21 (12,7)	32 (19,3)	0,000
Jujuy	10 (7,1)	80 (56,7)	31 (22,0)	20 (14,2)	
Santiago del Estero	4 (2,2)	140 (76,1)	33 (17,9)	7 (3,8)	
Tucumán	10 (6,7)	85 (57,0)	28 (18,8)	26 (17,4)	

\* Valor *p* para la prueba de Chi cuadrado

Entre las madres con ingresos adecuados, se encontró un mayor porcentaje de niños obesos (16,2%) en comparación con quienes tenían dificultad para manejarse con sus ingresos (11,3%). Entre los niños, un mayor porcentaje de varones presentó

sobrepeso en comparación con las mujeres (20,6% vs. 14,3%). Y, en Santiago del Estero se encontró un porcentaje menor de obesidad en comparación a las otras provincias (3,8% vs. 14,2% a 19,3%) (Tabla 11).

### 1.19.2 Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx

En análisis bivariado se encontraron asociaciones significativas entre el estado nutricional de lxs hijxs y los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas (Tabla 12).

Tabla 12. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx. Niñxs de 2 a 6 años.

	ESTADO NUTRICIONAL DEL HIJO (IOTF)					* <i>p</i>
	Bajo peso N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidad N (%)	Total N (%)	
<b>CONOCIMIENTOS MATERNOS</b>						
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón</i>						
Si	50 (89,3)	256 (67,5)	77 (69,4)	73 (88,0)	456 (72,5)	0,000
No	6 (10,7)	123 (32,5)	34 (30,6)	10 (12,0)	173 (27,5)	
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar diabetes</i>						
Si	47 (83,9)	242 (63,9)	73 (65,8)	71 (85,5)	433 (68,8)	0,000
No	9 (16,1)	137 (36,1)	38 (34,2)	12 (14,5)	196 (31,2)	

<b>ACTITUDES MATERNAS</b>						
<i>Piensa que controlar el peso de su hijx es</i>						
Muy importante	26 (46,4)	186 (48,9)	58 (52,7)	38 (45,2)	308 (48,9)	0,745
No muy importante	30 (53,6)	194 (51,1)	52 (47,3)	46 (54,8)	322 (51,1)	
<i>Saber qué alimentos son saludables es</i>						
Muy importante	34 (60,7)	211 (55,7)	62 (56,4)	40 (48,8)	347 (55,3)	0,543
No muy importante	22 (39,3)	168 (44,3)	48 (43,6)	42 (51,2)	280 (44,7)	
<i>Saber qué bebidas son saludables es</i>						
Muy importante	32 (57,1)	197 (52,0)	59 (54,1)	41 (48,8)	329 (52,4)	0,778
No muy importante	24 (42,9)	182 (48,0)	50 (45,9)	43 (51,2)	299 (47,6)	
<i>Piensa que la alimentación del hijx es</i>						
Muy sana	13 (23,2)	148 (39,1)	49 (44,1)	13 (15,5)	223 (35,4)	0,000
No muy sana	43 (76,8)	231 (60,9)	62 (55,9)	71 (84,5)	407 (64,6)	
<i>Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano</i>						
Muy de acuerdo	6 (10,7)	14 (3,7)	5 (4,5)	10 (11,9)	35 (5,6)	0,007
No muy de acuerdo	50 (89,3)	365 (96,3)	105 (95,5)	74 (88,1)	594 (94,4)	



<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS</b>						
<i>Pone límites a dulces y comida chatarra</i>						
Siempre	36 (65,5)	246 (65,4)	69 (63,9)	41 (49,4)	392 (63,0)	0,052
A veces/nunca	19 (34,5)	130 (34,6)	39 (36,1)	42 (50,6)	230 (37,0)	
<i>Controla lo que come su hijx</i>						
Siempre	42 (76,4)	317 (84,3)	79 (73,1)	60 (72,3)	498 (80,1)	0,011
A veces/nunca	13 (23,6)	59 (15,7)	29 (26,9)	23 (27,7)	124 (19,9)	
<i>Enseña qué alimentos son buenos</i>						
Siempre	47 (85,5)	297 (79,4)	79 (73,1)	49 (59,0)	472 (76,1)	0,000
A veces/nunca	8 (14,5)	77 (20,6)	29 (26,9)	34 (41,0)	148 (23,9)	
<i>Come sano para dar ejemplo</i>						
Siempre	41 (75,9)	284 (75,5)	76 (70,4)	46 (55,4)	447 (72,0)	0,003
A veces/nunca	13 (24,1)	92 (24,5)	32 (29,6)	37 (44,6)	174 (28,0)	

\* Valor  $p$  para la prueba de Chi cuadrado

### 1.19.2.1 Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx

#### 1.19.2.1.1 Resultados descriptivos

Como se observa en la Tabla 12, el 72,5% de las madres informó que estaba de acuerdo con que “el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón” y con que “el exceso de peso puede causar diabetes” (68,8). El 35,4% de las madres pensaba que la alimentación del hijx era muy sana. Una mayoría (76,1%) de madres informó que enseñaba siempre qué alimentos son buenos y que comía siempre sano para dar el ejemplo (72,0%) y solo el 5,6% dijo pensar que un niñx gordito es un niñx sano.

#### 1.19.2.1.2 Conocimientos maternos por estado nutricional del hijx

En relación a los conocimientos maternos hallamos que en comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de hijxs con obesidad no estaba de acuerdo con que “el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón” (32,5% vs. 12,0%) y con que “el exceso de peso puede causar diabetes” (36,1% vs. 14,5%) (Tabla 12).

#### 1.19.2.1.3 Actitudes maternas por estado nutricional del hijx

En cuanto a las actitudes maternas encontramos que, entre los niñxs con obesidad, el 15,5% de las madres pensaba que la alimentación del hijx era muy sana, en comparación al 39,1% de las madres de hijxs con peso normal. Y, en comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de niñxs con obesidad pensaba que la alimentación del hijx era muy sana (39,1% vs. 15,5%). Sin embargo, un mayor porcentaje de madres de niñxs con obesidad pensaba que un niñx gordito es un niñx sano (11,9% vs. 3,7%) (Tabla 12).

#### 1.19.2.1.4 Prácticas alimentarias maternas por estado nutricional del hijx

En relación a las prácticas alimentarias, hallamos que en comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de niñxs con obesidad enseñaba qué alimentos son buenos (59,0% vs. 79,4%) y comía sano para dar el ejemplo a los hijxs (55,4% vs. 75,5%) (Tabla 12).

### 1.19.3 Análisis bivariado para conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia

En análisis bivariado se encontraron asociaciones significativas entre la provincia de residencia y los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas (Tabla 13).

Tabla 13. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia de residencia. Niños de 2 a 6 años.

	<b>Jujuy</b>	<b>Catamarca</b>	<b>Tucumán</b>	<b>Santiago del Estero</b>	<b>TOTAL</b>	<b>* p</b>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>CONOCIMIENTOS MATERNOS</b>						
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón</i>						
Si	132 (93,6)	162 (97,6)	131 (94,2)	31 (16,9)	456 (72,5)	0,000
No	9 (6,4)	4 (2,4)	8 (5,8)	152 (83,1)	173 (27,5)	

<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar diabetes</i>						
Si	124 (87,9)	153 (92,2)	127 (91,4)	29 (15,8)	433 (68,8)	0,000
No	17 (12,1)	13 (7,8)	12 (8,6)	154 (84,2)	196 (31,2)	
<b>ACTITUDES MATERNAS</b>						
<i>Piensa que controlar el peso de su hijx es</i>						
Muy importante	76 (54,3)	95 (57,6)	42 (29,6)	95 (51,9)	308 (48,9)	0,000
No muy importante	64 (45,7)	70 (42,4)	100 (70,4)	88 (48,1)	322 (51,1)	
<i>Saber qué alimentos son saludables es</i>						
Muy importante	85 (61,2)	115 (69,7)	58 (41,1)	89 (48,6)	347 (55,3)	0,000
No muy importante	54 (38,8)	50 (30,3)	82 (58,6)	94 (51,4)	280 (44,7)	
<i>Saber qué bebidas son saludables es</i>						
Muy importante	82 (58,2)	112 (68,7)	42 (29,6)	93 (51,1)	329 (52,4)	0,000
No muy importante	59 (41,8)	51 (31,3)	100 (70,4)	89 (48,9)	299 (47,6)	

<i>Piensa que la alimentación del hijx es</i>						
Muy sana	33 (23,4)	39 (23,6)	8 (5,6)	143 (78,6)	223 (35,4)	0,000
No muy sana	108 (76,6)	126 (76,4)	134 (94,4)	39 (21,4)	407 (64,6)	
<i>Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano</i>						
Muy de acuerdo	9 (6,4)	16 (9,7)	7 (5,0)	3 (1,6)	35 (5,6)	0,012
No muy de acuerdo	132 (93,6)	149 (90,3)	133 (95,0)	180 (98,4)	594 (94,4)	
<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS</b>						
<i>Pone límites a dulces y comida chatarra</i>						
Siempre	108 (77,7)	104 (63,0)	39 (28,5)	141 (77,9)	392 (63,0)	0,000
A veces/nunca	31 (22,3)	61 (37,0)	98 (71,5)	40 (22,1)	230 (37,0)	
<i>Controla lo que come su hijx</i>						
Siempre	119 (85,6)	142 (85,5)	80 (58,4)	157 (87,2)	498 (80,1)	0,000
A veces/nunca	20 (14,4)	24 (14,5)	57 (41,6)	23 (12,8)	124 (19,9)	

<i>Enseña qué alimentos son buenos</i>						
Siempre	117 (84,2)	130 (78,8)	77 (56,6)	148 (82,2)	472 (76,1)	0,000
A veces/nunca	22 (15,8)	35 (21,2)	59 (43,4)	32 (17,8)	148 (23,9)	
<i>Come sano para dar ejemplo</i>						
Siempre	114 (82,0)	117 (71,3)	65 (47,4)	151 (83,4)	447 (72,0)	0,000
A veces/nunca	25 (18,0)	47 (28,7)	72 (52,6)	30 (16,6)	174 (28,0)	

\* Valor  $p$  para la prueba de Chi cuadrado

### 1.19.3.1

### 1.19.3.2 Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas por provincia

#### 1.19.3.2.1 Conocimientos maternos por provincia

Se encontraron asociaciones significativas entre conocimientos maternos y la provincia de residencia. En la provincia de Santiago del Estero un porcentaje significativamente mayor de madres informaron que “no acuerdan que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón”, 83,1% en comparación al 2,4% en Catamarca; y, “no acuerdan que el exceso de peso puede causar diabetes” 84,2% vs. 7,8% en Catamarca (Tabla 13).

#### 1.19.3.2.2 Actitudes maternas por provincia

Asimismo, se encontraron asociaciones significativas entre actitudes maternas y la provincia de residencia. En la provincia de Tucumán, un porcentaje significativamente mayor de madres informaron que “piensan que controlar el peso de su hijx no es muy importante”, 70,4% en comparación a 42,4% en Catamarca; “piensan que saber qué alimentos son saludables no es muy importante” 58,6% vs. 30,3% en Catamarca, “piensan que saber qué bebidas son saludables no es muy importante” 70,4% vs. 31,3% en Catamarca, “piensan que la alimentación de su hijx es no muy sana” 94,4% vs. 21,4% en Santiago del Estero. Por otro lado, un mayor porcentaje de madres en Catamarca “piensa que un niñx gordito es un niñx sano” 9,7% vs. 1,6% en Santiago del Estero (Tabla 13).

#### 1.19.3.2.3 Prácticas alimentarias maternas por provincia

También se encontraron asociaciones significativas entre prácticas alimentarias maternas y la provincia de residencia. Un porcentaje significativamente mayor de madres de la provincia de Tucumán, informaron que “a veces o nunca pone límite a sus hijxs con los dulces o comidas chatarras” 71,5% vs. 22,1% en Santiago del Estero, “controla lo que comen sus hijxs” 41,6% vs. 12,8% en Santiago del Estero, “enseña



qué alimentos son buenos” 43,4% vs. 15,8% en Jujuy, y, “come sano para dar ejemplo a su hijx” 52,6% vs. 16,6% en Santiago del Estero (Tabla 13).

#### 1.19.4 Análisis multivariados

En los modelos incluyendo a niños de 2 a 6 años de edad, controlando por jurisdicción de residencia y por variables sociodemográficas de madres y niños se encontraron los siguientes resultados (Tabla 14).

Tabla 14. Regresión logística de estado nutricional por conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas. Niños de 2 a 6 años.

	NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD			
	OBESIDAD VS. PESO NORMAL Y SOBREPESO*		OBESIDAD Y SOBREPESO VS. PESO NORMAL*	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>CONOCIMIENTOS MATERNOS</b>				
<b>MODELO 7</b>				
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón</i>				
Muy de acuerdo vs. No muy de acuerdo	0,7 (0,2-2,1)	0,522	0,6 (0,3-1,2)	0,164
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,7 (0,3-1,4)	0,261	1,1 (0,6-1,8)	0,855
Jujuy vs. Tucumán	1,4 (0,7-2,8)	0,365	1,3 (0,7-2,3)	0,421

Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,2 (0,1-0,6)	0,008	0,4 (0,2-1,0)	0,052
<b>MODELO 8</b>				
<i>Acuerda que el exceso de peso puede causar diabetes</i>				
Muy de acuerdo vs. No muy de acuerdo	1,1 (0,5-2,7)	0,754	0,8 (0,4-1,4)	0,412
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,7 (0,3-1,4)	0,278	1,1 (0,6-1,8)	0,845
Jujuy vs. Tucumán	1,4 (0,7-2,8)	0,380	1,3 (0,7-2,3)	0,436
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,3 (0,1-0,8)	0,020	0,6 (0,3-1,2)	0,110
<b>ACTITUDES MATERNAS</b>				
<b>MODELO 9</b>				
<i>Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano</i>				
Muy de acuerdo vs. no muy de acuerdo	2,7 (1,1-6,7)	0,035	2,0 (0,9-4,5)	0,102
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,6 (0,3-1,2)	0,173	1,0 (0,6-1,7)	0,963
Jujuy vs. Tucumán	1,3 (0,6-2,6)	0,492	1,1 (0,6-2,1)	0,689
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,2 (0,1-0,6)	0,002	0,6 (0,4-1,1,)	0,118

<b>MODELO 10</b>				
<i>Piensa que la alimentación del hijo/a es</i>				
Muy sana vs. poco/nada sana	0,2 (0,1-0,5)	0,001	0,4 (0,2-0,9)	0,018
Sana vs. poco/nada sana	0,4 (0,2-0,8)	0,006	0,3 (0,1-0,6)	0,000
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,8 (0,4-1,6)	0,483	1,1 (0,6-1,9)	0,807
Jujuy vs. Tucumán	1,7 (0,8-3,4)	0,183	1,2 (0,6-2,2)	0,582
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,4 (0,1-1,2)	0,100	0,6 (0,3-1,3)	0,197
<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS</b>				
<b>MODELO 11</b>				
<i>Enseña qué alimentos son buenos</i>				
Siempre vs. a veces/nunca	0,5 (0,3-0,8)	0,005	0,5 (0,3-0,8)	0,002
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,7 (0,3-1,5)	0,365	1,2 (0,7-2,1)	0,558
Jujuy vs. Tucumán	1,5 (0,7-3,1)	0,267	1,4 (0,8-2,6)	0,266
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,2 (0,1-0,6)	0,004	0,7 (0,4-1,3)	0,236

<b>MODELO 12</b>				
<i>Come sano para dar ejemplo</i>				
Siempre vs. a veces/nunca	0,6 (0,3-1,0)	0,031	0,6 (0,4-0,9)	0,009
<i>Provincia de residencia</i>				
Catamarca vs. Tucumán	0,7 (0,3-1,6)	0,416	1,2 (0,7-2,2)	0,483
Jujuy vs. Tucumán	1,5 (0,7-3,0)	0,309	1,4 (0,8-2,6)	0,285
Sgo. del Estero vs. Tucumán	0,3 (0,1-0,7)	0,007	0,8 (0,4-1,4)	0,381

\*Modelos controlando por características sociodemográficas de madres y niños.

### 1.19.5 Asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas y exceso de peso

Como se observa en la Tabla 14, en los modelos multivariados no se encontró una relación significativa entre las variables de conocimiento materno (Modelo 7 y Modelo 8), y el exceso de peso del hijx. En cuanto a las actitudes alimentarias maternas, los niñxs cuyas madres pensaban que un niñx gordito es un niñx sano, tenían más del doble de riesgo de ser obesos (OR 2,7; IC 95% 1,1-6,7) en comparación a aquellas que no estaban de acuerdo con este enunciado (Modelo 9). En el Modelo 10, para las madres que pensaban que la comida de sus hijxs era muy sana el riesgo de tener hijxs con obesidad (OR 0,2; IC 95% 0,1-0,5) o de tener hijxs con sobrepeso u obesidad (OR 0,3; IC 95% 0,1-0,6) se reducía significativamente en comparación a madres que pensaban que la comida de sus hijxs era poco o nada sana. Para las madres que pensaban que la comida de sus hijxs era sana, el riesgo de obesidad (OR 0,4; IC 95% 0,2-0,8) y de sobrepeso u obesidad (OR 0,3; IC 95% 0,1-0,6) también se reducía significativamente en comparación a quienes pensaban que la comida de sus hijxs era poco o nada sana.

En relación a las prácticas alimentarias maternas, en el Modelo 11, las madres que enseñaban siempre a sus hijxs sobre qué alimentos son buenos, tenían menor riesgo de tener hijxs obesos (OR 0,5; IC 95% 0,3-0,8) o tener hijxs con sobrepeso u obesidad (OR 0,5; IC 95% 0,3-0,8), en comparación a las madres que enseñaban a veces o nunca. Y, en el Modelo 12, las madres que siempre comían sano para dar el ejemplo, presentaron menor riesgo de tener hijxs con obesidad (OR 0,6; IC 95% 0,3-1,0) o con sobrepeso u obesidad (OR 0,6; IC 95% 0,4-0,9) en comparación a las madres que lo hacían a veces o nunca.

#### 1.19.6 Asociación entre jurisdicción de residencia y exceso de peso

Encontramos un riesgo significativa y consistentemente menor (OR 0,2-0,4) de tener exceso de peso (obesidad vs. sobrepeso o peso normal; y obesidad o sobrepeso vs. peso normal) para lxs niñxs residentes en la provincia de Santiago del Estero en comparación a lxs residentes en la provincia de Tucumán, en los modelos que incluyen las variables de conocimiento como variable de exposición (modelo 7 y modelo 8).

La relación significativa entre la provincia de residencia y el exceso de peso se verificó solamente para el modelo 9 de actitud materna y para los modelos 11 y 12 de prácticas alimentarias maternas, cuando se utilizó como variable de resultado obesidad versus sobrepeso o peso normal (Tabla 14).

## CAPITULO VIII: DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permitieron analizar la asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas en relación a la obesidad infantil en 4 provincias del noroeste argentino y caracterizar el estado nutricional de la población infantil de 2 rangos de edad (niños de 6 meses a 6 años y niños de 2 a 6 años), que asistía a controles en CAPS pertenecientes a Programas de Maternidad e Infancia de los Ministerios de Salud de las provincias de Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca y Jujuy. Los resultados exponen que no existen diferencias significativas entre los 2 rangos de edad. Teniendo en cuenta que los resultados son similares, la discusión que se presenta a continuación se refiere a los datos de niños de 6 meses a 6 años de edad.

En este estudio, los resultados señalan la existencia de diferencias significativas en cuanto a la distribución del bajo peso/delgadez, sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población infantil estudiada por provincia de residencia (Tabla 15).


En términos comparativos encontramos que, la jurisdicción de Catamarca fue la que presentó la mayor prevalencia de bajo peso/delgadez en comparación a Santiago del Estero (13,8% Vs. 1,7%), la provincia de Jujuy fue la que presentó la mayor prevalencia de sobrepeso en comparación a Catamarca (27,4% Vs. 15,4%), la mayor prevalencia de obesidad la presentó Catamarca en comparación a Santiago del Estero (22,4% Vs. 7,6%), y, la mayor prevalencia de exceso de peso la mostró la provincia de Jujuy en comparación a Santiago del Estero (46,9% Vs. 29,2%). Estos resultados están en concordancia con diversos estudios realizados en las distintas provincias y/o regiones de Argentina que señalan diferencias en las prevalencias de estado nutricional de niños menores de 6 años evidenciando la existencia de una distribución diferencial de la malnutrición infantil por exceso y por déficit (Bejarano et al., 2004) (Bejarano et al., 2005) (Bergel Sanchís et al., 2017) (Bustamante et al., 2020) (Romaguera et al., 2008) (Bergel Sanchís, 2014) (Oyhenart et al., 2008) (Bolzán et al., 2005) (Bejarano et al., 2005) (Garraza et al., 2014).

Estudios realizados en otras provincias de Argentina y regiones y países del mundo muestran que las diferencias en la malnutrición infantil por exceso de peso



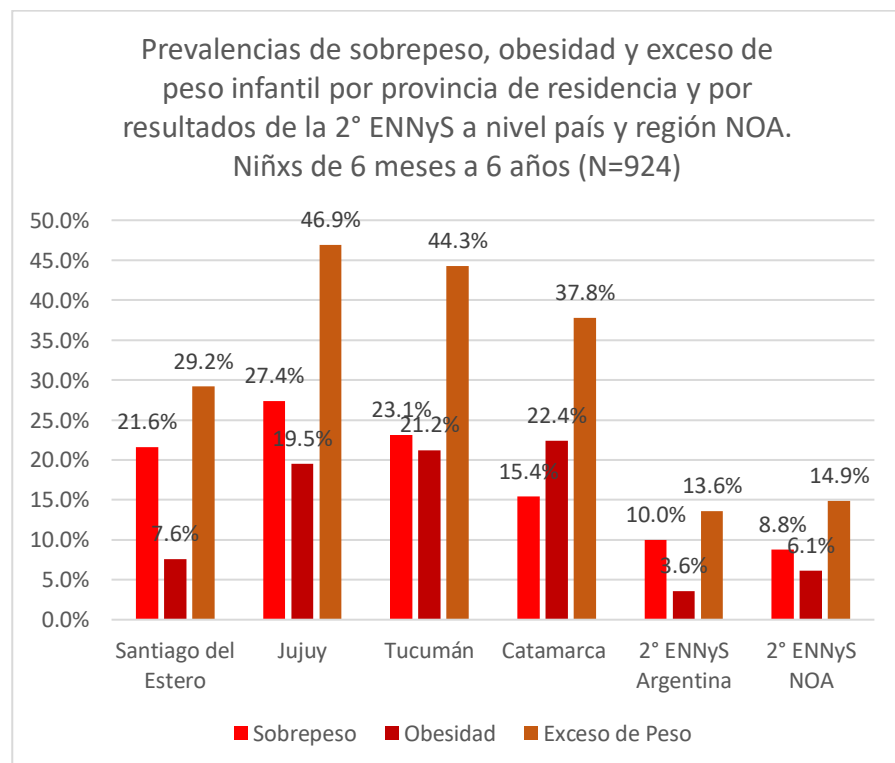
obedecen a la influencia de un conjunto de factores demográficos, económicos, sociales, ambientales y contextuales (Corvalán et al., 2017) (Duran et al., 2009) (Bergel Sanchís, 2014) (Alderete & Bejarano, 2017) (Nivín Colcas, 2010). De este modo, se puede inferir que las diferencias encontradas entre los ambientes obesogénicos de las 4 provincias estudiadas pueden variar en base a diversos elementos que ameritan futuros estudios, incluyendo factores como el poder de compra y la disponibilidad de alimentos y bebidas, el acceso a equipos tecnológicos que fomentan conductas sedentarias, la disponibilidad de servicios comerciales próximos que permitan adquirir alimentos y bebidas saludables, la oferta de comida y bebida no adecuada en lugares de permanencia o frecuentados por los niños como escuelas o centros de recreación, la implementación del etiquetado de alimentos y bebidas que posibiliten tomar decisiones informadas, y la regulación de espacios publicitarios que promocionan alimentos y bebidas no saludables.

Tabla 15: Distribución de características demográficas de las diadas madres-hijos por provincia de residencia y estado nutricional.

4 JURISDICCIONES		
TOTAL 6,8%	TOTAL 21,6%	
BAJO PESO/DELGADEZ	SOBREPESO	
Catamarca 13,8%	Jujuy 27,4%,	
Jujuy 5,8%	Tucumán 23,1%,	
Tucumán 5,3%,	Sgo. del Estero 21,6%,	
Sgo. del Estero 1,7%	Catamarca 15,4%,	
TOTAL 17,6%	TOTAL 39,2%	
OBESIDAD	EXCESO DE PESO	
Catamarca 22,4%,	Jujuy 46,9%,	
Tucumán 21,2%,	Tucumán 44,3%,	
Jujuy 19,5%,	Catamarca 37,8%,	
Sgo. del Estero 7,6%,	Sgo. del Estero 29,2%,	

En el presente estudio las prevalencias de sobrepeso, obesidad y exceso de peso de las 4 jurisdicciones, aún las de las provincias que presentan los menores porcentajes, mostraron estar por arriba de las prevalencias reportadas para la población de menores de 5 años en la 2° ENNyS a nivel país y región NOA (MSyDSN, 2019) (10,0%, 3,6% y 13,6% y, 8,8%, 6,1% y 14,9% respectivamente) (Figura 2), y tienen concordancia con diversos estudios realizados que reportan valores elevados de malnutrición por exceso de peso en la población infantil en Argentina y Latinoamérica (Corvalán et al., 2017) (Duran et al., 2009) (Alderete & Bejarano, 2017) (Bustamante et al., 2021) (Villagra et al., 2022) (Mauvecín, 2013) (OPS, 2014) (Alderete et al. 2016) (Mayta & Vargas, 2020) (Cruz León & Cruz Polo, 2019) (Barroso et al., 2016) (Bustamante et al., 2014) (Suárez Castillo et al., 2010) (Juiz et al., 2002) (Chesta et al., 2007).

Figura 6: Prevalencias de sobrepeso, obesidad y exceso de peso infantil por provincia de residencia y por resultados de la 2° ENNyS a nivel país y región NOA. Niños de 6 meses a 6 años.



Teniendo en cuenta los efectos negativos físicos, psicológicos y sociales que la obesidad tiene en la población infantil, es inevitable y resulta indispensable centrar atención para lograr prevenir esta condición de salud en lxs niñxs.

En las 4 jurisdicciones de este estudio, la prevalencia de sobrepeso fue mayor en niños que en niñas (25,4% vs. 17,4%), dato que concuerda con los producidos por Latorre Román y colaboradores (2016), en relación con el sexo, dado que en su estudio las niñas presentaron menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los niños de entre 3 y 6 años, y, con el estudio de Bejarano y colaboradores (2004), que encontraron en la evaluación nutricional realizada en niños y niñas de 1 a 6 años de edad de la población infantil jujeña que los varones son más pesados que las mujeres siendo, en general, estas diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0.05$ ) en la mayoría de los grupos de edades. Por otro lado, nuestros resultados difieren con los del estudio realizado por Bolzán y colaboradores (2005), quienes hallaron que las niñas mostraron mayor sobrepeso que los varones de entre 6 meses y 6 años de edad de hogares pobres de 9 provincias del norte argentino.

En el presente estudio las características demográficas de las 4 provincias por estado nutricional mostraron que entre las madres con ingresos que alcanzan para cubrir gastos con facilidad o mucha facilidad se encontró un mayor porcentaje de niñxs obesos (20,0%) en comparación con las madres que tenían dificultad o mucha dificultad para manejarse con sus ingresos (15,9%). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el estado nutricional de los niñxs y los ingresos maternos, estos hallazgos difieren con el estudio de Echevarria Castro y Matayoshi Pérez (2020), que encontró una asociación estadísticamente significativa entre los quintiles superiores del estatus socioeconómico y el sobrepeso/obesidad, es decir, que mientras más se asciende en la escala socioeconómica existe más posibilidad de que el niñx sufra de estas condiciones; con el trabajo de Nivín Colcas (2010), que encontró que los niñxs de familias con nivel socioeconómico muy rico presentan el doble de riesgo ( $OR=2.27$ ) de ser obesos en comparación con los niñxs con un nivel socioeconómico medio; con la investigación llevada a cabo por Bergel Sanchís (2014), que señaló que cuanto más alto es el nivel socioeconómico y más adecuado el ambiente en el que las familias viven, también resulta ser un ambiente claramente

obesogénico, que se traduce en mayores prevalencias de exceso de peso infantil; como así también, con el estudio llevado a cabo por Latorre Román y colaboradores (2016), que encontró que los niños del estrato socioeconómico más bajo mostraron mayor índice de masa corporal. Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Aguirre y Torrado (2010), que señaló que el sobrepeso se encuentra presente en los grupos con menor nivel socio-económico. En relación al estudio de Durán y colaboradores (2009), nuestros hallazgos muestran concordancia al señalar que en la muestra nacional el vínculo entre obesidad y NBI es más frecuente en hogares no pobres y, al indicar que la relación entre obesidad y condición socioeconómica de los hogares varía entre regiones, en nuestro caso entre provincias.

Los resultados obtenidos en este estudio reafirman la tendencia ascendente del aumento sostenido del sobrepeso y la obesidad infantil en concordancia con diversos estudios (Alderete & Giorgetti, 2017) (Bejarano et al., 2005) (Mauvecín, 2013) (Bustamante et al., 2014) (Morante Caicedo & Montece Díaz, 2019), y alertan y desafían a los servicios de los programas materno-infantil en la implementación de políticas de salud pública que contemplen estrategias educativas y comunicativas que brinden respuestas diferenciales acordes a la realidad particular de cada provincia en la prevención de la obesidad infantil.

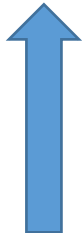
En este estudio, en análisis bivariado, se encontraron diferencias significativas respecto a conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según la provincia de residencia (Tabla 16). Los hallazgos evidencian que en 3 de las 4 provincias analizadas (Jujuy, Tucumán y Catamarca), un porcentaje de madres superior al 87% mostró un nivel de conocimiento adecuado sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil al informar estar de acuerdo con que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón o diabetes, dato que está en línea con el estudio llevado a cabo por García (2010), que señaló que las madres reconocen que un niño con sobrepeso puede tener problemas como diabetes mellitus, hipertensión o sobrepeso cuando sea adulto, y diside del trabajo reportado por Villagra y colaboradores (2022), que encontró que menos de la mitad de las madres sabe que el exceso de peso puede causar diabetes y aproximadamente la mitad que puede causar enfermedades del corazón, como así también de la investigación de Ramos

Huamayalli de Arista (2018), que encontró que predomina entre las madres un nivel bajo y medio de conocimientos sobre obesidad que pueden conllevar en sus hijxs a sufrir enfermedades en la edad adulta, tales como hígado graso, infarto al corazón y diabetes tipo 2.

Santiago del Estero fue la provincia que presentó un porcentaje superior de madres con escaso, alterado o inadecuado conocimiento sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil puesto que sólo el 17% informó estar de acuerdo con que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón o diabetes. Las diferencias en el nivel de conocimiento materno entre las provincias podrían explicarse por el rol que desempeña el personal de APS al identificar el exceso de peso en los niñxs y proporcionar información sobre los problemas de salud asociados a la obesidad en la población infantil que derivan en el incremento de saberes maternos sobre estas complicaciones.


Tabla 16: Conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según la provincia de residencia.

CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS A LA OBESIDAD INFANTIL		
acuerdan que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón	Total 4 jurisdicciones 74,6%	Catamarca 98,0%
		Tucumán 93,2%
		Jujuy 92,0%
		Sgo. del Estero 17,4%
acuerdan que el exceso de peso puede causar diabetes	Total 4 jurisdicciones 70,5%	Catamarca 92,9%
		Tucumán 90,0%
		Jujuy 87,6%
		Sgo. del Estero 14,5%



Este estudio, en análisis bivariado, no demostró una asociación significativa entre la obesidad de los hijxs y los conocimientos maternos. Los resultados mostraron que un mayor porcentaje de madres de hijxs con obesidad, estaba de acuerdo con que “el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón” (85,0% vs. 70,4%), y con que “el exceso de peso puede causar diabetes” (79,2% vs. 67,1%), en comparación a madres de hijxs con peso normal, datos que exhiben una tendencia que asocia niveles de conocimientos maternos adecuados y mayor prevalencia de obesidad infantil (Tabla 17).



Tabla 17: Conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según estado nutricional.

CONOCIMIENTOS MATERNOS	ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL	ANALISIS BIVARIADO
Acuerdan que el exceso de peso puede causar enfermedades del corazón	Obesidad 85,0%	Mayor prevalencia de obesidad
	Sobrepeso 71,3%	
	Normal 70,4%	
Acuerdan que el exceso de peso puede causar diabetes	Obesidad 79,2%	 Conocimientos adecuados
	Sobrepeso 67,2%	
	Normal 67,1%	

En cuanto a la prueba estadística de regresión logística multivariada, incluyendo en los modelos a niñxs de 6 meses a 6 años y controlando por variables sociodemográficas de madres y niñxs, el presente estudio no demostró una asociación significativa entre conocimientos maternos y estado nutricional de exceso de peso del hijx, pero si demostró la existencia de un efecto significativo de actitudes y prácticas maternas, y de la variable lugar de residencia (Tabla 18). Nuestros hallazgos están en línea con el estudio de Aráuz Tipanta (2013), que mostró que los conocimientos alimentarios de las madres no se relacionaron con el estado nutricional de los hijxs, y

disiden con el trabajo de Durand Pinedo (2010), que señaló que existe relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación infantil de las madres y el estado nutricional de los preescolares, como así también, del estudio de Trujillo Ramírez (2019), que señaló la existencia de una relación significativa ( $p > .05$ ) entre la obesidad infantil y el nivel de conocimientos maternos sobre los antecedentes de obesidad en familiares de primer grado, los hábitos alimentarios y las formas de alimentación. Resulta importante destacar que los trabajos antes citados estudiaron elementos diferentes a los considerados en este estudio en cuanto a conocimientos maternos, puesto que centran atención en saberes sobre hábitos y formas de alimentación infantil y los antecedentes de obesidad en familiares, y no sobre conocimientos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil, situación que deja en evidencia que son pocos los estudios que han abordado los mismos componentes que los trabajados en nuestro estudio, hecho por el que resulta difícil hacer comparaciones.

Tabla 18: Conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil según estado nutricional y provincia de residencia.

CONOCIMIENTOS MATERNOS	ANALISIS MULTIVARIADO	
	Estado Nutricional	Lugar de residencia
Modelo 1 y 2	<p>Incremento de riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijxs</p>  <p>Conocimientos maternos adecuados</p>	<p>Mayor incremento de riesgo de sobrepeso u obesidad en niñxs residentes en Tucumán</p>  <p>Menor incremento de riesgo de exceso de peso en niñxs residentes en Santiago del Estero</p>

Investigaciones realizadas en distintas poblaciones, han obtenido resultados diversos respecto de niveles amplios o acotados, buenos, muy buenos o malos, correctos o incorrectos, bajos, medios o altos, adecuados o inadecuados o déficit de conocimientos<sup>13</sup> maternos y/o paternos, o de cuidadores sobre obesidad infantil que examinan elementos diferentes a los considerados en este estudio. Mientras que algunos estudios refieren a conocimientos amplios, adecuados o altos sobre frecuencia de consumo, preparación más adecuada y alimentación de niños pequeños (Arias Pérez et al., 2017) (Mayta & Vargas, 2020) (Cruz León & Cruz Polo, 2019) (Coca Jurado, 2019) (Vásquez Idrogo, 2018) (Tobar Cazorla, 2015) (Realpe Silva, 2014) (Rodríguez Sánchez & Santos Acevedo, 2013), otras investigaciones han reportado niveles limitados, no satisfactorios, malos, bajos, medios o regulares, inadecuados, escasos o alterados de conocimiento sobre el concepto y la prevención de la obesidad infantil, alimentación, hábitos alimentarios, nutrición, cantidad de consumo y la lectura de etiquetas que ayudan al crecimiento de la población infantil (Ramos Huamayalli de Arista, 2018) (Sánchez Guevara, 2012) (Fernández Pérez et al., 2017) (Soto Malpartida, 2021) (Martínez Rúa & Newball Dawkins, 2017) (Alderete & Giorgetti, 2017) (Morante-Caicedo & Montece-Díaz, 2019) (Llanca-Mendoza, 2019) (Jauregui-Romero, 2018) (Ramírez-Humari, 2019) (Valencia-Olalla, 2016) (Bustamante-Julca & Tinoco-Rodas, 2014) (González-Cabriles, 2013) (Asencio-Borbor & Muñoz-Reyes, 2012) (Durand-Pinedo, 2010) (Espinoza-Risco & Reyes-Baca, 2016) (Coromoto-Nava et al., 2011).

Nuestros hallazgos expresan que, aunque las madres conozcan los riesgos potenciales de salud que podrían padecer sus hijos como consecuencia del sobrepeso u obesidad en la infancia, pueden desarrollar comportamientos que no favorecen al crecimiento y desarrollo de la población infantil de la que son responsables. En otras palabras, un nivel de conocimiento materno adecuado, bueno, positivo, alto o correcto no implica el desarrollo de habilidades o destrezas que aseguren la puesta en práctica

---

<sup>13</sup> Cabe aclarar que las denominaciones utilizadas sobre conocimientos amplios o acotados, buenos, muy buenos o malos, correctos o incorrectos, adecuados o inadecuados, entre otros, constituyen sinónimos designados por los diversos autores citados en este estudio (lo mismo sucede con actitudes y prácticas alimentarias).



de acciones que contribuyan a un estado nutricional normal en sus hijos puesto que entran en juego factores familiares y contextuales que influyen el comportamiento de las madres en el cuidado de la salud infantil. Esta situación pone al descubierto que las medidas para la prevención y tratamiento integral de la obesidad infantil no sólo deben basarse en proporcionar información a las personas responsables del cuidado infantil sino también contemplar en el diseño de estos programas acciones que promuevan el desarrollo de actitudes positivas y prácticas alimentarias saludables en la vida cotidiana.

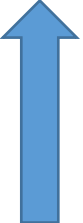
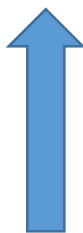
Este estudio, en análisis bivariado, mostró asociaciones significativas entre actitudes maternas y la provincia de residencia (Tabla 19). En nuestra muestra de madres de las 4 jurisdicciones, un 63,5% informó que pensaba que la alimentación del hijo no era muy sana evidenciando una actitud no involucrada o indiferente que actúa como amenaza para lograr incorporar hábitos de alimentación saludables que contribuyan con un crecimiento y desarrollo óptimo en sus hijos, dato que está en línea con el estudio de Arias Pérez y colaboradores (2017), que identificaron que más de la mitad de las madres tenían una actitud indiferente reflejada en un 66% frente a la alimentación de sus hijos, pero contrasta con el estudio llevado a cabo por Sanches Marins y Andrade Rezende (2011), que encontró que la alimentación es tema de gran preocupación para las madres, y con la investigación de Shocosh (2019), que señaló que la mayoría de las madres tienen una apreciación adecuada respecto de la alimentación saludable y consideran que debe ser balanceada, variada, natural e incluir todos los grupos de alimentos puesto que perciben que es importante porque tienen nutrientes que son indispensables para el crecimiento y desarrollo, el rendimiento académico, para prevenir enfermedades y además para formar hábitos alimentarios saludables.

En las 4 jurisdicciones examinadas en el presente estudio, el 93,5% de las madres no estaba de acuerdo con la frase “un niño gordito es un niño sano”, dato que demuestra una actitud materna favorable al marcar que las madres no vinculan la imagen corporal de un niño con sobrepeso u obesidad como signo de que está sano y bien alimentado o como sinónimo de buena salud en la infancia, situación que suma probabilidades para lograr un peso saludable en sus hijos. Nuestros resultados

concuerdan con el estudio llevado a cabo por García (2010), que señaló que la mayoría de las madres independientemente de la categoría de peso percibían adecuadamente la imagen de un niño con sobrepeso y obesidad ( $\chi^2=3.246$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.35$ ), y diside del trabajo realizado por Mauvecín (2013), que encontró que la percepción materna en relación al estado nutricional de sus hijos se encontraba distorsionada en un considerable número de casos, de la investigación llevada a cabo por Villagra y colaboradores (2022) que encontraron que el 90% de las madres tenía una percepción equivocada de lo que es una imagen corporal adecuada, del trabajo llevado a cabo por Flores Peña y colaboradores (2014), que encontró que el 63,71% y 74,9%, y el 27% y 10,99% de las madres de hijos con sobrepeso u obesidad no percibieron adecuadamente el peso del hijo por palabras y por imágenes respectivamente, del estudio de Alderete y Giorgetti (2017), que observó una tendencia a la creencia de la relación del exceso de peso con la salud infantil, del trabajo de Miranda-Hermosilla (2017), que halló que los padres y madres de niños con sobrepeso y obesidad presentaron un 91,6% de error de percepción sobre el estado nutricional de sus hijos, y del estudio de Yarasca Garay (2016), que encontró que las participantes no reconocieron el peso en exceso de sus hijos afirmando que el volumen no siempre refleja un peso excesivo.

Sin embargo, el 6,5% de las madres de las 4 provincias examinadas presentó una actitud desfavorable al informar que estaba muy de acuerdo con pensar que un niño gordito es un niño sano, puesto que se trata de una representación que naturaliza al exceso de peso como el resultado de una buena alimentación o como sinónimo de salud en la población infantil dejando en evidencia un pensamiento materno equivocado de lo que es una imagen corporal adecuada del hijo y restando posibilidades de generar un estado nutricional saludable en los niños que están bajo su cuidado.

Tabla 19: Actitudes maternas para la prevención de la obesidad infantil según la provincia de residencia.

ACTITUDES MATERNAS			TOTALES	
Activa de cuidado	Piensa que es muy importante controlar el peso de su hijx	Total 4 jurisdicciones 50,7%	Catamarca 62,8%	
			Sgo. del Estero 53,8%	
			Jujuy 53,6%	
			Tucumán 28,3%	
Asertiva	Piensa que es muy importante saber qué alimentos son saludables	Total 4 jurisdicciones 57,2%	Catamarca 72,7%	
			Jujuy 62,8%	
	Piensa que es muy importante saber qué bebidas son saludables	Total 4 jurisdicciones 54,0%	Sgo. del Estero 51,1%	
			Tucumán 38,3%	
Involucrada	Piensa que la alimentación del hijx es muy sana	Total 4 jurisdicciones 36,5%	Catamarca 70,3%	
			Jujuy 60,9%	
			Sgo. del Estero 52,2%	
			Tucumán 27,8%	
Desfavorable	Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano	Total 4 jurisdicciones 6,5%	Sgo. del Estero 77,3%	
			Catamarca 33,2%	
			Jujuy 25,0%	
			Tucumán 5,6%	
			Catamarca 10,3%	
			Jujuy 7,1%	
			Tucumán 6,6%	
			Sgo. del Estero 1,7%	



El presente estudio también mostró asociaciones significativas entre actitudes maternas y el estado nutricional del hijx en análisis bivariado (Tabla 20). Los resultados manifestaron que, en las 4 jurisdicciones, un menor porcentaje de madres de hijxs con obesidad pensaba que controlar el peso del hijx era muy importante en comparación a madres de hijxs con peso normal (51,3% Vs. 51,8%), situación que relaciona una actitud materna pasiva de cuidado con mayor prevalencia de obesidad infantil y está en línea con la investigación llevada a cabo por Barroso y González (2016), que señaló que los padres de niñxs que presentaban sobrepeso u obesidad no se notaron preocupados ni reflejaban interés sobre la enfermedad, y difiere del estudio llevado a cabo por Rivera Muñoz (2018), que señaló que los cuidadores de niñxs con obesidad y sobrepeso mostraban puntuaciones más elevadas que los cuidadores de niñxs normopeso en preocupación por el peso del niñx.

Los resultados de este estudio mostraron que entre los hijxs de madres que pensaban que es muy importante saber qué alimentos y bebidas son saludables, el porcentaje de niñxs obesos era menor en comparación a madres de hijxs con peso normal (55,7% Vs. 58,8%, y 53,5% Vs. 54,5% respectivamente). Estos datos exhiben la existencia de menor riesgo de obesidad ante actitudes maternas asertivas que actúan como habilidades de comunicación fundamentales y directas en los niñxs, y están en línea con el estudio llevado a cabo por Coronado Bulege y De La Cruz Nieto (2016), que encontró que las actitudes maternas positivas sobre alimentación infantil se relacionaban con un adecuado estado nutricional de sus niñxs y con los hallazgos de Flores Peña y colaboradores (2014), que encontraron que cuando las madres de hijxs con sobrepeso-obesidad perciben de forma adecuada esta situación realizan acciones relacionadas con la dieta (62,0% y 65,6%) ( $\chi^2 = 307,02$ , gl = 9,  $p < ,001$ ) y reconocen problemas (26,2% y 43,7%) ( $\chi^2 = 131,46$ , gl = 6,  $p < ,001$ ).

En este estudio, entre los hijxs de madres que pensaban que un niñx gorditx es un niñx sano, el porcentaje de niñxs obesos era mayor en comparación a madres de hijxs con peso normal (11,9% vs. 5,1%). Estos datos exhiben la existencia de mayor riesgo de obesidad ante una actitud materna desfavorable sobre la imagen corporal de un niñx con exceso de peso representada como equivalente de buena salud, y concuerdan con los resultados obtenidos por Bustamante y colaboradores (2015), que




encontraron que la presencia de sobrepeso/obesidad se asoció significativamente a una percepción materna subestimada del estado nutricional de los hijos ( $p < 0,001$ ); con el estudio de Elenes Rodríguez (2015), que encontró que el 91,4% de las madres de hijos con sobrepeso u obesidad no percibió esta situación por percepción por palabras y por percepción por imágenes el 62,1%; con un estudio realizado en el NOA que también encontró que el porcentaje de niños obesos era mayor entre las madres que creían que un niño gordito es sano (Alderete & Bejarano, 2017); con la investigación de Hirschler y colaboradores (2006), que advirtió que la percepción materna sobre la imagen de los niños es un factor de riesgo independiente y significativo para el sobrepeso ajustados por edad y sexo; con el trabajo de Candellero Juárez (2014), que encontró al evaluar la percepción materna del peso del hijo por palabras que el 93,3% y el 83,8% de las madres de hijos con sobrepeso y obesidad respectivamente los refirieron con un peso menor; con el estudio llevado a cabo por Hernández Carranco (2016), que identificó que la percepción materna del peso del hijo es uno de los factores que contribuyen al sobrepeso y obesidad infantil; con el trabajo llevado a cabo por Cabrera Rojas y colaboradores (2013), que encontró que de los niños con malnutrición en exceso (34,5%) sólo 9 madres los percibe adecuadamente, lo que apoyaría la hipótesis de que el sobrepeso/obesidad son patrones de normalidad para esas madres; con el estudio de Vigo Lázaro (2018), que halló que del 68% de niños con sobrenutrición en su mayoría (66%) fueron clasificados por sus madres como normales; con la investigación de Flores Peña y colaboradores (2009), que encontró que las madres de niños con sobrepeso/obesidad subestimaron el peso del hijo; y con el trabajo de Flores Peña y colaboradores (2017), que señaló que las madres de hijos con sobrepeso-obesidad tienen una percepción materna del peso del hijo no adecuada.

Tabla 20: Actitudes maternas para la prevención de la obesidad infantil según estado nutricional.

ACTITUDES MATERNAS	ESTADO NUTRICIONAL	ASOCIACION
Piensa que es muy importante controlar el peso de su hijx	Normal 51,8%	<p>Actitudes positivas</p>  <p>Menor riesgo de obesidad</p>
	Obesidad 51,3%	
	Sobrepeso 48,2%	
Piensa que es muy importante saber qué alimentos son saludables	Normal 58,8%	
	Obesidad 55,7%	
	Sobrepeso 53,3%	
Piensa que es muy importante saber qué bebidas son saludables	Normal 54,5%	
	Obesidad 53,5%	
	Sobrepeso 51,3%	
Piensa que la alimentación del hijx es muy sana	Normal 40,6%	
	Sobrepeso 39,4%	
	Obesidad 25,0%	
Piensa que un niñx gorditx es un niñx sano	Obesidad 11,9%	Mayor riesgo de obesidad
	Normal 5,1%	 <p>Actitudes negativas</p>
	Sobrepeso 4,6%	

En relación a la prueba estadística de regresión logística multivariada, incluyendo en los modelos a niñxs de 6 meses a 6 años y controlando por variables sociodemográficas de madres y niñxs, este estudio demostró la existencia de un efecto significativo de la variable lugar de residencia y una asociación significativa entre actitudes maternas y el estado nutricional (Tabla 21). Al respecto, no se encontraron estudios que permitan realizar comparaciones.

Tabla 21: Actitudes maternas para la prevención de la obesidad infantil según estado nutricional y provincia de residencia.

ACTITUDES MATERNAS	ANÁLISIS MULTIVARIADO	
	Estado Nutricional	Lugar de residencia
Modelo 3	<p>&gt; Incremento de riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijxs</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Actitudes maternas negativas</p>	<p>&gt; Incremento de riesgo de sobrepeso u obesidad en niñxs residentes en Tucumán</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>&lt; Incremento de riesgo de sobrepeso u obesidad en niñxs residentes en Santiago del Estero</p>
Modelo 4	<p>Actitudes maternas positivas</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>&lt; Riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijxs</p>	-----

Estudios diversos han obtenido resultados sobre actitudes indiferentes, malas, regulares o buenas, positivas o negativas, adecuadas o inadecuadas, favorables o desfavorables para la prevención de la obesidad infantil de cuidadores principales de niñxs pequeñxs (maternas en mayor medida, paternas y/o de familiares cercanos o de cuidadores), que examinan elementos diferentes a los considerados en este estudio concernientes a la alimentación de los niñxs y sobre la educación, disponibilidad de

tiempo, historia familiar, contexto socio-cultural e ideas de los cuidadores principales (Arias-Pérez et al., 2017) (Herrera-Vélez, 2019) (Durán, 2017) (Ramirez-Humari, 2019) (Baltazar-Ñahui, 2016).


En este estudio las actitudes maternas activas de cuidado, asertivas e involucradas intervinieron como factores protectores para la prevención de la obesidad infantil. Consideramos importante destacar que la actitud que la madre o la persona que tiene bajo su deber el cuidado infantil es sustancial para transmitir un mensaje de seguridad y propiciar el desarrollo de habilidades que traerán beneficios a la vida de los niños puesto que el comportamiento que los adultos responsables tienen frente a los pequeños se convierte en un ejemplo a imitar. Los datos obtenidos se convierten en información de valiosa utilidad al momento de diseñar y ejecutar programas de educación para la salud sobre prevención de exceso de peso en niños pequeños y promoción de hábitos alimentarios saludables destinados a los principales responsables del cuidado infantil.

En el presente estudio se encontraron asociaciones significativas en análisis bivariado entre prácticas alimentarias maternas (PAM) y la provincia de residencia (Tabla 22). En las 4 jurisdicciones, un porcentaje superior al 65% de las madres mostró prácticas alimentarias de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares favorables, adecuadas o positivas en la conformación de hábitos alimentarios en sus hijos al informar que siempre ponía límites a dulces y comida chatarra, controlaba lo que comía, enseñaba qué alimentos son buenos y comía sano para dar el ejemplo a los niños (65,2%, 81,9%, 74,6% y 70,5% respectivamente). Nuestros hallazgos sobre PAM concuerdan con el estudio de Sáez Aramburo (2013), que encontró un 73,5% de padres que afirmaban restringir alimentos a sus hijos, y diside del estudio llevado a cabo por Flores Peña y colaboradores (2017), que señaló en cuanto a los estilos maternos de alimentación infantil que predominó en primer lugar el estilo autoritario caracterizado por favorecer medidas de castigo o de fuerza y por mantener a los niños en un papel subordinado que restringe su autonomía (alta exigencia/baja responsabilidad), y, en segundo lugar señaló que prevaleció el estilo indulgente determinado por madres que son excesivamente condescendientes con sus hijos y no establecen reglas o límites (baja exigencia/alta responsabilidad).



Tabla 22: Prácticas alimentarias maternas según la provincia de residencia.

PAM		% TOTALES	
Vigilancia de consumo	Siempre pone límites a dulces y comida chatarra	Total 4 jurisdicciones 65,2%	Jujuy 81,9%
			Sgo. del Estero 78,1%
			Catamarca 66,7%
			Tucumán 29,7%
	Siempre controla lo que come su hijx	Total 4 jurisdicciones 81,9%	Catamarca 88,1%
			Jujuy 88,0%
			Sgo. del Estero 87,5%
			Tucumán 61,3%
Formativa	Siempre enseña qué alimentos son buenos	Total 4 jurisdicciones 74,6%	Sgo. del Estero 83,0%
			Jujuy 82,9%
			Catamarca 76,8%
			Tucumán 53,3%
Ejemplar	Siempre come sano para dar ejemplo	Total 4 jurisdicciones 70,5%	Sgo. del Estero 82,6%
			Jujuy 80,1%
			Catamarca 70,9%
			Tucumán 45,9%




Este estudio, en análisis bivariado, también mostró asociaciones significativas entre el estado nutricional de los hijxs y las PAM (Tabla 23), hallazgo que concuerda con el estudio de Sáez Aramburo (2013), que mostró una relación positiva entre restricción parental de alimentos y percentiles de peso de los niñxs ( $r_{bp} = 0,554$ ),

siendo estadísticamente significativa ( $p= 0,003$ ), y difieren del trabajo realizado por Angel García (2017), que halló que las prácticas maternas de alimentación infantil no contribuyeron como predictores del IMC del hijx preescolar, y del estudio llevado a cabo por Amaro Hinojosa (2017), que no encontró relación significativa entre el estilo materno de alimentación referido a las dimensiones demanda y responsabilidad y el IMC del hijx.



Nuestros resultados evidencian que en comparación a madres de niñxs con peso normal, un menor porcentaje de madres de niñxs con obesidad siempre ponía límites a dulces y comida chatarra (67,1% vs. 56,9%), controlaba lo que comía (84,6% vs. 78,1%), enseñaba qué alimentos son buenos (77,8% vs. 63,2%), y, comía sano para dar el ejemplo a su hijx (74,7% vs. 58,8%). Estos datos exhiben la existencia de mayor riesgo de sobrepeso u obesidad ante PAM de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares desfavorables, negativas, deficientes o inadecuadas y están en línea con el estudio llevado a cabo por Garza Álvarez (2016), que encontró que el estilo de crianza parental autoritario o represivo, caracterizado por favorecer la disciplina en demasía dando mucha importancia a los castigos y poca al dialogo y la comunicación con los hijxs, se asoció con el IMC de sobrepeso y obesidad en preescolares e incrementó 3 veces el riesgo de presentarlo  $RM=3$  (1.13–7.65), ( $p<0.05$ ); con el trabajo de Leon Velásquez y Tobar Alvarez (2019), que encontró que los niñxs que tenían más de 5 comidas al día tenían una alimentación inadecuada por exceso presentando riesgo de sobrepeso y obesidad; y difiere con la investigación de Rivera Muñoz (2018), que señaló que los cuidadores de niñxs con obesidad y sobrepeso mostraban puntuaciones más elevadas que los cuidadores de niñxs normopeso en restricción en la alimentación.

Tabla 23: Análisis de asociación sobre prácticas alimentarias maternas y estado nutricional.

PAM	ESTADO NUTRICIONAL	ASOCIACION
Siempre pone límites a dulces y comida chatarra	Normal 67,1%	<p>PAM positivas</p>  <p>Menor riesgo de obesidad</p>
	Sobrepeso 66,7%	
	Obesidad 56,9%	
Siempre controla lo que come su hijx	Normal 84,6%	
	Sobrepeso 79,1%	
	Obesidad 78,1%	
Siempre enseña qué alimentos son buenos	Normal 77,8%	
	Sobrepeso 72,9%	
	Obesidad 63,2%	
Siempre come sano para dar ejemplo	Normal 74,7%	
	Sobrepeso 68,2%	
	Obesidad 58,8%	

En este estudio, la prueba estadística de regresión logística multivariada, incluyendo en los modelos a niños de 6 meses a 6 años y controlando por variables sociodemográficas de madres y niños, mostró la existencia de un efecto significativo de la variable lugar de residencia y una asociación significativa entre prácticas alimentarias maternas y el estado nutricional (Tabla 24). Los resultados están en línea con los obtenidos por Alderete (2017), que demostró una asociación positiva entre las prácticas alimentarias maternas de variedad y frecuencia de ingesta de vegetales y frutas en niños de 2 a 6 años relacionadas con el rol modelico, como el comer vegetales y frutas a la vista del hijx, las relacionadas con incentivar el consumo y las que proporcionaban información (hablar con el hijx sobre los beneficios de consumir vegetales y frutas).

Tabla 24: Prácticas alimentarias maternas según estado nutricional y provincia de residencia.

PAM	ANÁLISIS MULTIVARIADO	
	Estado Nutricional	Lugar de residencia
Modelo 5 y 6	<p>&lt; riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijxs</p>  <p>PAM formativas y ejemplares positivas y/o adecuadas</p>	<p>&gt; riesgo de obesidad en niñxs residentes en Tucumán</p>  <p>&lt; riesgo de obesidad en niñxs residentes en Santiago del Estero</p>

En estudios realizados en distintas poblaciones se han obtenido resultados que reportan prácticas alimentarias adecuadas o positivas sobre el lavado de manos de adultos y niñxs previo a la preparación y al consumo de alimentos, el lavado de alimentos antes del consumo, el ofrecimiento de aderezos para estimular la ingesta de alimentos, la utilización de la televisión como distracción al momento de comer para los niñxs, la elección de un desayuno, refrigerio o almuerzo saludable, el tiempo de compañía de madres y/o padres para realizar las 4 comidas principales, prácticas comunicacionales y el establecimiento de criterios prioritarios para decidir la preparación de la comida para lograr una buena alimentación (Realpe-Silva, 2014) (Mauvecín, 2013) (Rojas-Sotelo, 2019) (Bergel-Sanchís et al., 2017) (Díaz-Moreno, 2017) (Alderete, 2017). Mientras que otras investigaciones señalan prácticas alimentarias negativas, deficientes, desfavorables o inadecuadas relativas al

establecimiento de horarios, lugares, cantidades, duración y presencia de distractores durante la alimentación de los niños, como así también concernientes a la realización de habilidades de higiene, de preparación de alimentos, de frecuencia de ofrecimiento de alimentos, de insistencia, castigo, coerción, de camuflar o mezclar los alimentos recusados con los aceptados, de responsabilidad, dedicación, compañía y amor destinadas a la alimentación del niño (Valencia-Olalla, 2016) (Morante-Caicedo & Montece-Díaz, 2019) (Mayta & Vargas, 2020) (Arias-Pérez et al., 2017) (Leon-Velasquez & Tobar-Alvarez, 2019) (Herrera-Vélez, 2019) (Arboleda-Posada & Gallego-Henao, 2014) (Bustamante-Julca & Tinoco-Rodas, 2014) (Sánchez-Morales, 2012) (Sánchez-Marín & Andrade-Rezende, 2011) (Gajardo-Ibañez, 2003) (Pérez-Campa, 2016) (Guzmán-Loaiza & Pérez-Salgado, 2015) (Villagra, 2016) (Londoño Franco & Mejía López, 2008) (Monteban et al., 2022). Las PAM pueden actuar como factores protectores o de riesgo determinantes para el desarrollo de sobrepeso u obesidad infantil, situación que suma o resta probabilidades de brindar apoyo para lograr un peso saludable en los niños.

En el presente estudio no se demostró una asociación significativa entre conocimientos maternos y obesidad infantil, pero sí se encontró asociación significativa entre actitudes y prácticas alimentarias con la obesidad en niños, dato que concuerda con el estudio de Valencia Olalla (2016), que demostró que no existió relación estadísticamente significativa entre conducta alimentaria y conocimiento de las madres, y difiere de los hallazgos reportados por Soto Malpartida (2021) que señaló la existencia de correlación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la prevención de la obesidad infantil en madres de niños de 3 a 6 años, como así también del estudio de Mayta y Vargas (2020), que mostró la relación del conocimiento y práctica sobre el estado nutricional expresado mediante  $\chi^2 < 0,05$  (Chi-cuadrado  $< 0,05$ ).

En este estudio, es importante destacar que los conocimientos maternos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil explorados han sido poco examinados por la literatura científica existente puesto que la mayoría se enfoca en saberes sobre nutrición, lectura de etiquetas, frecuencia de consumo, preparación de

alimentos, hábitos de alimentación de niños pequeños y antecedentes de obesidad en familiares.

El valor de este trabajo radica en la gran utilidad que presenta el modelo teórico empleado como recurso para el diseño, planificación e implementación de políticas públicas y programas de educación para la salud sobre prevención de obesidad infantil y promoción de prácticas alimentarias saludables dirigidos a usuarios que utilizan el sistema de salud pública de APS puesto que el marco conceptual de la Teoría de la Acción Razonada (TAR), permitió explorar los componentes cognitivos y las motivaciones como determinantes de la conducta de salud de madres de niños pequeños en relación a la problemática socio-sanitaria de la obesidad proporcionando evidencia sobre las características particulares que presentan los niveles existentes de conocimientos, actitudes y PAM a nivel provincial y regional, hallazgos que demuestran que es importante ir más allá de la transmisión de información incorporando acciones que promuevan el desarrollo de actitudes activas de cuidado, asertivas, involucradas o favorables, y prácticas alimentarias de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares en la vida cotidiana de las personas que son responsables del cuidado infantil.

Entre las contribuciones de este trabajo podemos señalar el haber evaluado y comprobado empíricamente la relación entre las variables de estudio, los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias/comportamientos de madres de niños pequeños en relación al desarrollo de exceso de peso, y los componentes determinantes de la conducta de salud comprendidos en el modelo teórico utilizado como guía, el de la TAR (Tabla 25).

Tabla 25: Representación que marca la relación entre las variables de estudio conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias/comportamientos de madres de niños pequeños en relación al desarrollo de exceso de peso, y los componentes determinantes de la conducta de salud comprendidos en el marco guía de la investigación, la Teoría de la Acción Razonada.

La TAR analiza los factores que anteceden y explican el comportamiento humano.	<b>Variables de estudio</b>			Para la TAR los factores cognitivos y las motivaciones determinan la conducta de salud.
	Conocimientos sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil.	Actitudes activas de cuidado, asertivas, involucradas o favorables para la prevención de la obesidad infantil.	Prácticas alimentarias de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares.	
	<b>Teoría de la Acción Razonada</b>			
	Creencias conductuales/ Conocimientos	Actitud hacia la conducta e intención conductual	Comportamientos	

Los componentes determinantes de la conducta de salud que postula la TAR explican la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias/comportamientos de madres de niños pequeños en el desarrollo de exceso de peso. Si bien la estrategia de análisis de datos aplicada no permite evaluar la relación secuencial de influencia del conocimiento sobre las actitudes y de estas sobre las prácticas alimentarias maternas, planteada de acuerdo a la TAR, los

resultados indican que cada uno de estos elementos puede incidir en forma independiente sobre el estado nutricional de los niños. El modelo, entonces, resulta útil para definir factores que pueden incidir sobre el estado nutricional de los niños y evaluar potenciales efectos.

Dado que el comportamiento de alimentación infantil materno, familiar o de cuidadores es un elemento modificable para la prevención de la obesidad infantil (Domínguez-Vásquez et al., 2008), resulta importante señalar que la evidencia científica brindada por este estudio permitirá diseñar acciones concretas de intervención a ser realizadas desde el sistema de APS a nivel local sobre el manejo de dificultades formativas y motivacionales orientadas a la prevención de esta condición de salud y al desarrollo de habilidades alimentarias favorables para los niños.

En este estudio se aplicó la prueba estadística de regresión logística multivariada en donde se incorporaron a los modelos los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas, ajustados por características sociodemográficas de madres y niños que permitieron evaluar factores de riesgo y de resultado. Los trabajos examinados en este estudio que utilizan modelos multivariados para medir, explicar y predecir el grado de relación que existe entre dos variables y otros elementos que puedan afectar esa relación son escasos (Alderete & Bejarano, 2017) (Rivera-Muñoz, 2018), en cambio, estudios que utilizan modelos de correlación y de regresión lineal múltiple (Soto Malpartida, 2021) (Hirschler et al., 2006) (Garza-Alvarez, 2016) (Angel García, 2017) (Amaro-Hinojosa, 2017), son más frecuentes. Por lo antes descrito, podemos señalar entre las fortalezas de nuestra investigación la aplicación de modelos multivariados que proporcionan de forma más completa información.

Las limitaciones en el presente estudio se dan principalmente en dos aspectos. El primero tiene que ver con que no se pueden plantear relaciones de causalidad porque el diseño de la investigación es transversal, motivo por el cual sólo se evalúan factores de riesgo y factores protectores en un periodo de tiempo determinado. El segundo consiste en que en este estudio la muestra de participantes son usuarios que no cuentan con obra social y presentan cobertura de salud en forma exclusiva por el sistema de salud pública perteneciente a los Programas materno-infantil, se trata de



una población particular vulnerable caracterizada por presentar mayores necesidades a partir de los elevados índices de pobreza reportados para la región del NOA.

## CAPITULO IX: CONCLUSIONES

Al finalizar este estudio se ha logrado concluir que en las 4 jurisdicciones de la región del noroeste argentino estudiadas la obesidad en la población infantil menor de 6 años constituye un importante problema nutricional cuya distribución varía por provincia de residencia, siendo Catamarca la que presenta la mayor prevalencia y Santiago del Estero la menor.

En esta investigación los conocimientos de las madres se relacionaron con mayor riesgo de sobrepeso u obesidad en los hijxs, y las actitudes y prácticas alimentarias maternas se relacionaron con menor riesgo de sobrepeso u obesidad en los niñxs.

El estudio demostró que entre las provincias existen diferencias en las características de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas acerca de sobrepeso y obesidad infantil. En Jujuy, Tucumán y Catamarca, la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimiento adecuado sobre problemas de salud asociados a la obesidad infantil, y Santiago del Estero fue la provincia que mostró un porcentaje superior de madres con alterado o inadecuado saber. En las 4 jurisdicciones, la mayoría de las madres manifestó una actitud positiva sobre la prevención de la obesidad infantil. Y, en cuanto a las prácticas alimentarias de las madres, en las 4 jurisdicciones, la mayoría mostró habilidades de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares adecuadas.

El estudio comprobó que la asociación de actitudes y prácticas alimentarias maternas con el exceso de peso persiste aun controlando por la influencia de variables sociodemográficas.

Este trabajo también comprobó que lxs niñxs residentes en la provincia de Santiago del Estero presentaron menor riesgo de exceso de peso independientemente del nivel de conocimiento materno, aun controlando por la influencia de variables sociodemográficas.

El modelo teórico empleado en este estudio, el de la Teoría de la Acción Razonada, demostró ser de gran utilidad como recurso para el diseño, planificación e implementación de políticas públicas y programas de educación para la salud sobre prevención de obesidad infantil y promoción de prácticas alimentarias saludables

dirigidos a usuarios que utilizan el sistema de salud pública de Atención Primaria de la Salud.

De este modo, se puede concluir que las diferencias encontradas entre las 4 provincias estudiadas se producen y varían en base a elementos específicos que influyen el comportamiento de las madres en el cuidado de la salud infantil relacionados con factores a nivel familiar, económico, social y contextual vinculados al poder de compra y la disponibilidad de alimentos y bebidas, el acceso a equipos tecnológicos que fomentan conductas sedentarias, la oferta de comida y bebida no adecuada en lugares de permanencia o frecuentados por los niños como escuelas o centros de recreación, la implementación del etiquetado de alimentos y bebidas que posibilitan tomar decisiones informadas y la regulación de espacios publicitarios que promocionan alimentos y bebidas no saludables.

La situación antes descrita, pone al descubierto que las medidas para la prevención y tratamiento integral de la obesidad infantil no sólo deben basarse en proporcionar información a las personas responsables del cuidado de los niños sino también contemplar en su diseño acciones de educación para la salud concretas que brinden respuestas diferenciales acordes a la realidad particular de cada provincia sobre el manejo de dificultades formativas y motivacionales orientadas a la prevención de esta condición de salud que permitan generar estilos de vida sanos en las diadas madres/hijos.

## CAPITULO X: RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que el comportamiento de alimentación infantil materno, familiar o de cuidadores es un elemento modificable para la prevención de la obesidad infantil, que diversos estudios que evaluaron el efecto de programas educativos señalan la obtención de grandes mejorías con la implementación de intervenciones en materia de comunicación en salud relativos a conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación maternas (Sánchez-Guevara, 2012) (Martínez-Rúa & Newball-Dawkins, 2017) (Mejía-Escorra & Minchola-Aguedo, 2020) (Mendoza-Oyola & Chávez-Milián, 2019) (García-Rodríguez, 2018) (Lizarraga-Quispe, 2019) (Silva Chileno, 2018) (Merino-Valles, 2016) (Reyes-Oré, 2015) (Mayor-Salas, 2015), que las intervenciones basadas en Atención Primaria de la Salud (APS) son costo-efectivas (Taveras, 2008), y que existe consenso acerca de que el origen de la obesidad es multifactorial y necesita una intervención multidisciplinaria sobre el niño y su familia, es que en base a nuestros resultados y conclusiones consideramos pertinente diseñar material de educación en salud didáctico para los profesionales que integran los equipos de los Centros de Atención Primaria de la Salud del sistema de Salud Pública (Nutricionista, Psicóloga/o, Educador/a para la Salud, Agente Sanitario/a, Enfermera/o, Obstetra, Médico/a Clínico/a y Pediatra), a fin de poder implementar intervenciones integrales de educación para la salud destinadas a las diadas madres/hijos y demás personas responsables del cuidado infantil durante los primeros años de vida con estrategias que permitan tratar el tema a tiempo, reforzando o mejorando conocimientos sobre problemas de salud asociados al desarrollo de exceso de peso en los niños e incorporando acciones que promuevan el desarrollo de actitudes activas, involucradas o favorables y prácticas alimentarias de vigilancia de consumo, formativas o ejemplares que logren mejorar o mantener el estado de nutrición y de salud integral de los niños y promuevan el bienestar de las familias en general, previniendo las complicaciones físicas, psicológicas y sociales que origina la obesidad en la infancia.

Para contribuir a reforzar, mejorar y/o modificar saberes, motivaciones y comportamientos orientados a la prevención de la obesidad infantil en las personas responsables del cuidado de los niños proponemos una estrategia de intervención

integral multidisciplinar cimentada en la promoción de una alimentación saludable, de práctica de actividad física regular, de refuerzo o mejora de conocimientos, y de modificación conductual que deberá contemplar las siguientes recomendaciones:

En cuanto al Plan de Alimentación fundamentalmente necesitamos el apoyo familiar, respetar las cantidades indicadas para cada grupo de alimentos, realizar las cuatro comidas principales respetando horarios, destacar la importancia del desayuno, comer despacio, masticar bien y disfrutar, beber abundante cantidad de agua, leer bien los etiquetados de los alimentos, evitar llevar el salero a la mesa, comer en casa o elegir opciones saludables dentro del menú de los restaurantes, disminuir el consumo de golosinas, comidas compradas y frituras y preferir frutas y verduras.

En relación al Plan de Actividad Física esencialmente precisamos estimular y respetar las decisiones y gustos del niño, buscar alternativas a las adicciones tecnológicas, analizar su manera de vincularse con los pares para elegir deportes, transmitir el deseo por el movimiento, incorporar de forma regular la actividad física a su vida, descansar bien y dormir al menos 8 horas.

En cuanto al Plan sobre Conocimientos, principalmente tenemos que proporcionar a los responsables del cuidado infantil, a través de la comunicación e información, recursos que posibiliten el reforzamiento, mejoramiento o desmitificación de saberes y la toma de decisiones responsables que favorezcan las opciones más saludables evitando la infoxicación y la saturación. Trabajaremos en educar para el cuidado y la conservación de la salud.

Respecto del Plan de modificación conductual, que implica cambiar, generar, consolidar, mantener o eliminar hábitos que no son saludables en la conducta del niño y su familia nos concentraremos esencialmente en diagnosticar y valorar la conducta objetivo (conductas a eliminar, a generar/incorporar, a consolidar y a mantener), a dar inicio al proceso de cambio, a planificar un cambio procesual haciendo participe de las decisiones tomadas al niño y su familia, a definir conductas meta/parciales, educar cognitivamente todo el tiempo, educar y compartir grupalmente, plantear objetivos desafiantes pero que sean realistas, otorgar y respetar plazos, premiar esfuerzos y logros, hacer un refuerzo continuo de logros parciales y mostrar modelos saludables. Por otro lado, tenemos que evitar los cambios conductuales a corto plazo, eliminar

ideas pesimistas, concentrar atención en lograr adherencia y trabajar la motivación y la permanencia. En todo este proceso, vamos a avanzar despacio, habilitando espacios de mucho dialogo, no excediéndonos en conceptos técnicos, disponiendo de tiempo, trabajando mucho el aquí y ahora y logrando que el niño y su familia se sientan acompañados en todo momento.

Por otro lado, se invita a seguir estudiando los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres en otras poblaciones a fin de poder identificar factores protectores y de riesgo a nivel específico y diseñar planes de acción a medida.

## BIBLIOGRAFÍA

Achor, M. S., Benítez, N., Brac, E., & Barslund, S. (2007). Obesidad infantil. *Revista de Posgrado de la Vía Catedra de medicina*, 168(1), 34-38.

Aguirre, P., & Torrado, S. (2010). La comida en los tiempos del ajuste. El costo social del ajuste, 51-102.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.

Albrecht, S. S., Barquera, S., & Popkin, B. M. (2014). Exploring secular changes in the association between BMI and waist circumference in Mexican-origin and white women: a comparison of Mexico and the United States. *American Journal of Human Biology*, 26(5), 627-634.

Alderete, E. (2017). Salud Investiga. Resúmenes de informes finales de becas "Carrillo-Oñativia". *Rev Argent Salud Pública*, 7 (28): 46-48. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen28/46-48.pdf>

Alderete, E., & Bejarano, I. (2017). Factores de riesgo y protectores para la obesidad infantil en el NOA. *Teoría, Evidencia y Prevención*. Santiago del Estero: Ediciones DASSUCSE. Disponible en: [https://catedraalimentacioninstitucional.files.wordpress.com/2020/05/factores\\_de\\_riesgo\\_y\\_protectores\\_para\\_la.pdf](https://catedraalimentacioninstitucional.files.wordpress.com/2020/05/factores_de_riesgo_y_protectores_para_la.pdf).

Alderete, E., Bejarano, I., & Rodríguez, A. (2016). Beverage intake and obesity in early childhood: evidence from primary health care clients in Northwest Argentina. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 7(3), 244-252.

Alderete, M., & Giorgetti, A. C. (2017). Representaciones sociales sobre alimentación saludable en los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo, Córdoba, en el año 2017 (Doctoral dissertation, Universidad Católica de Córdoba).

Amaro Hinojosa, M. D. (2017). Teoría de rango medio factores relacionados al rol materno y estado nutricional del hijo preescolar (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/13953/>

Amine, E. K., & Al Awadi, F. A. (2001). Nutritional status survey of preschool children in Kuwait. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 2 (3):3

Anaya García, S. E., & Álvarez Gallego, M. M. (2018). Factores asociados a las preferencias alimentarias de los niños. *Revista eleuthera*, 18, 58-73. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/eleu.2018.18.4>

Angel García, J. (2017). Metas maternas de alimentación, prácticas y consumo de alimentos como predictores del índice de masa corporal del hijo preescolar (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en:

<http://eprints.uanl.mx/id/eprint/16055>

Aranceta, J. (1997). Nutrición en el niño y adolescente. *Diálogos en pediatría*, 9, 136-144.

Aráuz Tipanta, G. M. (2013). Relación entre los conocimientos actitudes y prácticas alimentarias sobre el desayuno, lonchera y almuerzo, de las madres de los niños preescolares de 2-5 años que asisten al Centro Municipal de Educación Inicial Mundo Infantil y su estado nutricional durante el segundo quimestre del periodo escolar 2012-2013 (Bachelor's thesis, QUITO/PUCE/2013). Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5994/T-PUCE-6263.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arboleda Posada, M. F., & Gallego Henao, A. M. (2014). Obesidad infantil: una consecuencia de las prácticas de crianza. Disponible en: <http://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/295>

Arias Pérez, S., Ramírez Soler, Á. M., Valencia Burbano, J. P., Villa Encizo, L. G., Londoño Buriticá, D. P., & Gómez Santos, C. A. (2017). Actitudes, conocimientos y prácticas de madres de niños en edad preescolar frente a la alimentación de sus hijos, un acercamiento a la realidad de la Comuna 9 de Armenia (Quindío). *Journal of Research of the University of Quindio*, 29(1).

Asencio Borbor, L. M., & Muñoz Reyes, K. J. (2012). Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías San Pablito y Mis Primeros Pasos comuna San Pablo, Santa Elena. 2011-2012 (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península



de Santa Elena, 2012.). Disponible en:  
<http://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/700>

Asociación Médica Mundial (2008). Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.

Azcona, C., Patiño, A., Ramos, M., Ruza, E., Raggio, S., & Alonso, L. (2000). Obesidad infantil. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 29-44. Disponible en: <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/6767>

Baltazar Ñahui, R. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre uso de granos andinos en la alimentación del preescolar de madres en una institución educativa, Lima 2015. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5443>

Barroso, F. G., González, R. I., & Alfaro, G. (2016). Obesidad infantil, causas, consecuencias y su importancia para la sociedad (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería). Disponible en: <http://bdigital.uncu.edu.ar/8634>

Becerra, K. M., Russián, O., & Lopez, R. (2018). Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de progenitores sobre alimentación infantil y el estado nutricional de preescolares, Caracas 2015. *CIMEL*, 23(2).

Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y., & Cabrera, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(2), 101-109. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)

Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y., Quero, L., Abdo, G., & Vazquez, M. E. (2004). Patrón de crecimiento y evaluación nutricional de la población infantil jujeña. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (22), 195-210. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1668-81042004000100014](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1668-81042004000100014)

Bergel Sanchís, M. L. (2014). Malnutrición, condiciones socio-ambientales y alimentación familiar (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de la Plata).

Disponible en: <http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/id/20150309001387>

Bergel Sanchís, M. L., Cesani Rossi, M. F., & Oyhenart, E. E. (2017). Prácticas y representaciones en torno a la alimentación familiar en distintos ambientes socio-económicos (Villaguay, Argentina, 2010-2012). *Población y Salud en Mesoamérica*, 15.

Bergel Sanchís, M. L., Cesani, M. F., & Oyhenart, E. E. (2017). Malnutrición infantil e inseguridad alimentaria como expresión de las condiciones socio-económicas familiares en Villaguay, Argentina (2010-2012). Un enfoque biocultural. *Población y Salud en Mesoamérica*. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/27305>

Bolzán, A., Mercer, R., Ruiz, V., Brawerman, J., Marx, J., Adrogué, G., ... & Cordero, C. (2005). Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuNa. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(6), 545-555. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000600013&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000600013&script=sci_arttext&lng=en)

Bustamante Julca, F. M., & Tinoco Rodas, A. E. (2014). Relación entre nivel de conocimiento y prácticas en Alimentación saludable en madres con niños menores de cinco Años del caserío Bello Horizonte junio–septiembre 2014.

Bustamante, M. J., Alfaro, E. L., Dipierri, J. E., & Román, M. D. (2021). Excess weight and thinness over two decades (1996–2015) and spatial distribution in children from Jujuy, Argentina. *BMC Public Health*, 21(1), 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10239-4>

Bustamante, M. J., Guglielmetti, P., & Maino, A. B. (2014). Análisis del estado nutricional e ingesta energética de niños de 2 a 4 años y su asociación con la percepción de sus madres (Bachelor's thesis). Disponible en: <http://hdl.handle.net/11086/14050>

Bustamante, M. J., Guglielmetti, P., & Maino, A. B., & Román, M. (2015). Estado nutricional e ingesta energética de niños preescolares y su asociación con la percepción materna en Córdoba. Disponible en: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11709.87526>

Bustamante, M. J., Martínez, J. I., Alfaro Gómez, E. L., Sánchez Alvarez, M. J.,

Dipierri, J. E., & Tabera, C. (2020). Fracaso antropométrico y altura geográfica en escolares jujeños asistidos alimentariamente. *Nutr. Clin. Diet. Hosp.*, 39 (4), 16–23. Disponible en: <https://doi.org/10.12873/3943bustamante>

Cabrera Rojas, N., Rolón Arambulo, R., Garcete Mañotti, L., Sanabria, M. C., Arredondo, M., & Pizarro, F. (2013). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. *Pediatría (Asunción)*, 40(3), 235-240. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/112>

Candelero Juárez, Y. (2014). Asociación de la percepción materna y estado nutricional del hijo (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, JA, Lee, YY, Guajardo-Barron, V., & Chisholm, D. (2010). Abordar las dietas poco saludables, la inactividad física y la obesidad: efectos sobre la salud y rentabilidad. *The Lancet*, 376 (9754), 1775-1784. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736\(10\)61514-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736(10)61514-0/fulltext)

Chancahuaña-Pfuyo, R. (2018). Influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional en niños de 2 a 3 años-ONG Oscar de Perú. *Gastrointestinal Endoscopy*, 10(1), 279–288.

Chesta, M., Lobo, B., Agrelo, F., Carmuega, E., Sabulsky, J., Durán, P., & Pascual, L. R. (2007). Evaluación antropométrica en niños de la ciudad de Córdoba, año 2000. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(2), 101-108. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000200003&script=sci_abstract&tlng=pt)

Chiarpenello, J., Guardia, M., Pena, C., Baella, A., Riccobene, A., Fernández, L., & Strallnicoff, M. (2013). Complicaciones endocrinometabólicas de la obesidad en niños y adolescentes. *Rev. Med. Rosario*, 79, 112-7. Disponible en: <http://www.cimero.org.ar/Upload/Directos/Revista/9b7fadChiarpenello%20Complicaciones%20de%20obesidad%20infantil%20versi%C3%B3n%20completa.pdf>

Coca Jurado, M. M. (2019). Nivel de conocimiento de padres sobre alimentación infantil y estado nutricional de preescolares del colegio Unión 2017. Universidad San Ignacio de Loyola. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/handle/usil/8709>

Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index

cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *Bmj*, 335(7612), 194. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39238.399444.55>

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establecimiento de una definición estándar de sobrepeso y obesidad infantil en todo el mundo: encuesta internacional. *Bmj*, 320 (7244), 1240.

Colomer Revuelta, J., & Previnfad, G. (2005). Prevención de la obesidad infantil. *Revista pediatría de atención primaria*, 7(26), 255-275. Disponible en: <https://medes.com/publication/23321>

Comité Nacional de Nutrición (2015). Consenso. Obesidad: guías para su abordaje clínico. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/obesidad-gu-iacuteas-para-su-abordaje-cl-iacutenico-2015.pdf>

Coromoto Nava, M., Pérez, A., Herrera, H. A., & Hernández, R. A. (2011). Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de preescolares. *Revista chilena de nutrición*, 38(3), 301-312. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000300006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000300006&script=sci_arttext&tlng=pt)

Coronado Bulege, K., & Nieto, H. D. (2016). Actitudes maternas sobre alimentación infantil y estado nutricional de niños en instituciones educativas de nivel inicial en Junín al 2015. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 6(1), 11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18259/acs.2016012>

Corvalán, C., Garmendia, M. L., Lutter, C. K., Miranda, J. J., Pedraza, L. S., & Popkin, B. M. (2017). Estado nutricional de los niños en América Latina. *Obes Rev.*, 18, 7–18.

Cruz León, S.B., & Cruz Polo, A.A. (2019). Nivel de conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación y estado nutricional de preescolares. Universidad Nacional de Trujillo.

Cruz, M. (2021). Estado nutricional y hábitos alimentarios en niños (2-5 años) residentes en un asentamiento periurbano de San Salvador de Jujuy. Universidad Nacional de Jujuy.

De Onis, M., & Blössner, M. (2000). Prevalence and trends of overweight among

preschool children in developing countries. *The American journal of clinical nutrition*, 72(4), 1032-1039.

De Onis, M., Garza, C., Victora, C. G., Onyango, A. W., Frongillo, E. A., & Martines, J. (2004). The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology. *Food and nutrition bulletin*, 25(1\_suppl\_1), 15-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15648265040251s104>

Deckelbaum, R.J., & Williams, C.L. (2001) Childhood obesity: the health issue. *Obesity Research* 9(4):239S-243S.

Díaz Moreno, J. K. (2017). Practicas alimentarias y su relación con su estado nutricional en preescolares de la IE San Felipe en SMP Lima-2017. 1-37. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/10904>

Dietz, W.H, & Gortmaker, S.L. (2001). Preventing obesity in children and adolescents. *Annu Rev Public Health*. 22:337-53.

Domínguez Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 58(3), 249–255. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19137987>

Duran, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L., & Gilardon, E. A. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch Argent Pediatr*, 107(5), 397–404. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n5/v107n5a05.pdf>

Durán, S. (2017). Construcciones sociales de las madres respecto a la Obesidad Infantil: Factores de prevención. *Difusiones*, 7(7), 18–29. Disponible en: <http://www.revistadifusiones.net/index.php/difusiones/article/view/62>

Durand Pinedo, D. (2010). Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao en el año 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/254>

Echevarria Castro, N., & Matayoshi-Pérez, A. (2020). Factores asociados a

sobrepeso/obesidad en niños de 0 a 5 años según la ENDES 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/648798>

Elenes Rodríguez, J. R. (2015). Percepción del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <https://doi.org/10.1145/3132847.3132886>

Espinoza Risco, E. Y., & Reyes Baca, N. M. (2016). Conocimientos de las madres sobre alimentación infantil y estado nutricional de los niños de 1 a 3 años. Centro de Salud Malval-Corrales-Tumbes, 2016. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/58>

FAO, OPS, WFP & UNICEF (2019). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 136. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51685>

Fernández Pérez, G. R., Sarmiento Pacheco, K. J., & Vera Mory, Y. L. (2017). Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la institución educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas-2015. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/112>

Ferreira, A., Carrillo, R., & Bejarano, I. (2020). Comportamiento alimentario y estado nutricional en niños de la ciudad de Perico – Jujuy. 12. Disponible en: <https://revistadifusiones.net/index.php/difusiones/article/view/116/212>

Fishbein M., & Ajzen I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Flores Peña, Y., Cárdenas, V., Trejo Ortiz, P., Ávila Alpírez, H., Ugarte Esquivel, A., & Gallegos Martínez, J. (2014). Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la percepción materna del peso y edad del hijo. *Nutrición Hospitalaria*, 29 (4) (0212–1611), 822–828. Disponible en: <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7166>

Flores Peña, Y., Trejo Ortiz, P. M., Ávila Alpírez, H., Cárdenas Villarreal, V. M., Ugarte Esquivel, A., Gallegos Martínez, J., & Cerda Flores, R. M. (2014). Predictores de la percepción materna del peso del hijo con sobrepeso-obesidad. *Universitas Psychologica*, 13(2), 553–563. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pppmp>

Flores Peña, Y., Trejo Ortiz, P. M., Gallegos Cabriales, E. C., & Cerda Flores, R. M. (2009). Validez de dos pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. *51(6)*, 489–495. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v51n6/a07v51n6.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v51n6/a07v51n6.pdf)

Flores-Peña, Y., Acuña-Blanco, A., Cárdenas-Villarreal, V. M., Amaro-Hinojosa, M. D., Pérez-Campa, M. E., & Elenes-Rodríguez, J. R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, *34(1)*, 51-58. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/nh.975>

Gajardo Ibañez, P. (2010). Factores socioculturales familiares asociados a la obesidad en el preescolar beneficiario de JUNJI, Región Metropolitana (Doctoral dissertation). Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl/dspace/handle/123456789/248>

García Rodríguez, A. Y. (2018). Efecto de Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimiento sobre la prevención de obesidad infantil en padres de niños de 3 a 5 años en la IEI “007 María Auxiliadora”, Independencia, 2018. Universidad César Vallejo. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/18015>

García, B. L. (2010). Percepción materna del peso del hijo y riesgos a la salud de la obesidad infantil (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/>

Garraza, M., Zonta, M. L., Oyhenart, E. E., & Navone, G. T. (2014). Estado nutricional, composición corporal y enteroparasitosis en escolares del departamento de San Rafael, Mendoza, Argentina. *Nutr. Clin. Diet. Hosp.*, *34(1)*, 31–40. Disponible en: <https://doi.org/10.12873/341garraza>

Garza Álvarez, E. M. (2016). Estilos de crianza parentales y su influencia en el estado nutricio y actividad física en niños en edad preescolar (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/14326>

Gillmore, M.R., Morrison, D.M., Lowery, C. y Baker, S.A. (1994). Beliefs about condoms and their association with intentions to use condoms among youths in

detention. *Journal of Adolescent Health* 15(3):228-237.

González Cabriles, W. J. (2013). Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. *Revista de Ciencias Sociales*, 19(1), 120–130. Disponible en: <https://doi.org/10.31876/rcs.v19i1.25610>

Guo, S.S., Huang, C., Maynard, L., Demerath, E., Towne, B., Chumlea, W.C. & Siervogel, R.M. (2000). Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: The Fels Longitudinal Study. *Int J Obesity Relat Metab Disord* 2000, 24:1628-35.

Guzmán Loaiza, M. J., & Pérez-Salgado, C. I. (2015). Factores socioeconómicos, demográficos, institucionales y familiares asociados con exceso de peso en niños de 2 a 5 años asistentes a los jardines infantiles de Envigado-Colombia, 2014-2015. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 17(1), 125–140. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v17n2a03>

Hernández Carranco, R. G. (2016). Influencias maternas en el sistema conductual del hijo/a relacionado con el estado nutricional (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/13777>

Herrera Vélez, P. (2019). Actitud de cuidadores y estado nutricional de preescolares de Fundación de asistencia social enlace de Guayaquil, 2019 (Master's thesis). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cej.2014.10.020>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apcatb.2013.08.019>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tsf.2016.12.015>

Hirschler, V., González, C., Cemente, G., Talgham, S., Petticchio, H., & Jadzinsky, M. (2006). ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso?. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 221-226. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752006000300006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000300006)

Jauregui-Romero, E. (2018). Level of Maternal Knowledge About Healthy Lunch Box and.

Juiz, C., Montagna, M., Zalazar, R., Gotthelf, S., & Trióboli-Pisi, F. (2002). Perfil familiar, antropométrico y humoral de niños obesos de la ciudad de Salta. *Arch. Argent.*



Pediatr, 100(5), 367–367. Disponible en:  
[https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2002/arch02\\_5/A5-Juiz.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2002/arch02_5/A5-Juiz.pdf)

Kain, J., Vio, F., & Albala, C. (2003). Tendencias de la obesidad y factores determinantes en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S77-S86.

Latorre Román, P., Mora López, D., & García Pinillos, F. (2016). Prácticas de alimentación, actividad física y condición física de niños preescolares españoles: Influencia de variables sociodemográficas. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(5), 441-447. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n5/v114n5a12.pdf>

León Velásquez, P. A., & Tobar Álvarez, K. L. (2019). Evaluación del estado nutricional y su relación con la alimentación en niños de 3–5 años del Centro Educación Inicial María Angélica Idrovo del Cantón Vinces provincia Los Ríos del periodo mayo–septiembre 2019 (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2019). Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>

Lizardo, A. E., & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. *Revista Médica Hondureña*, 79(4), 208-213. Disponible en:  
<https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol79-4-2011-9.pdf>

Lizarraga Quispe, J. A. (2019). Intervención educativa en conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación saludable, en niños de 6 a 36 meses, Sicaya, Huancayo, 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1626>

Llanca Mendoza, M. Y. (2019). Conocimiento sobre alimentación y nutrición de las madres y su relación con el estado nutricional de los preescolares de la institución educativa pública integrada N° 20799 Daniel Alcides Carrión, Chancayllo. *Nanotechnology*, 27(9), 3505–3515. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cej.2014.10.020>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apcatb.2013.08.019>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tsf.2016.12.015>

Londoño Franco, A., & Mejía López, S. (2008). Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. 2006-2007. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(15), 77-90. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272008000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000200005)

Luo, J. & Hu, F.B. (2002). Tendencias temporales de la obesidad en niños en edad preescolar en China de 1989 a 1997. *Revista internacional de obesidad*, 26 (4), 553-558.

Martinez-Rua, O., & Newball-Dawkins, M. (2017). Estrategia educativa dirigida a las madres para mejorar los conocimientos sobre obesidad infantil en el barrio Old Town de Providencia Isla. Disponible en: [http://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8936/1/2017\\_conocimientos\\_obesidad\\_infantil.pdf](http://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8936/1/2017_conocimientos_obesidad_infantil.pdf)

Masabanda Punina, M. C. (2022). Obesidad infantil: riesgo inminente de complicaciones a largo plazo, una revisión bibliográfica (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de Salud/Carrera de Medicina). Disponible en: <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4173>

Mauvecín, M. E. (2013). Estado nutricional del niño, percepción materna y prácticas obesogénicas en el hogar. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/3294>

Mayor Salas, D. I. (2015). Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/376>

Mayta, I. M., & Vargas, E. C. (2020). Conocimiento y práctica de madres sobre alimentación y su relación con el estado nutricional del Programa Nacional Cuna Más en Ciudad Nueva (Tacna, 2019). *Revista Médica Basadrina*, 14(1), 9-16. Disponible en: <http://www.revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/920>

Mejía Ecurra, F. D. P., & Minchola Aguedo, B. A. (2020). Efecto de un programa Educativo en el nivel de conocimiento y prácticas de alimentación saludable en madres de niños preescolares la esperanza-2020.

Mendoza Oyola, K. B. B., & Chávez Milián, E. D. (2020). Influencia del programa educativo sobre el nivel de conocimientos y prácticas de alimentación saludable en madres de niños preescolares del puesto de salud La Palma, Tumbes-2019. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/1811>

Merino Valles, B.S.L. (2016). Efectividad de un programa educativo en el

conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3178>

Mero Quijije, E. (2018). Factores de riesgo relacionados con el sobrepeso infantil en el Centro de Salud Municipal de Portoviejo (Bachelor's thesis, JIPIJAPA-UNESUM). Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1344>

Ministerio de Salud de la Nación (2004). Sumar. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

Ministerio de Salud de la Nación (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - Guía para la elaboración de análisis e informes. Disponible en: [http://www.unsa.edu.ar/bibsalud/descargas/Guia\\_para\\_la\\_elaboracion\\_de\\_analisis\\_e\\_informes.pdf](http://www.unsa.edu.ar/bibsalud/descargas/Guia_para_la_elaboracion_de_analisis_e_informes.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Respuestas de la Gente. Propuestas para el País. Documento de Resultados 2007, 183. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/archivos/ennys.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2011). Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Resolución 1480/2011. 338, 1–33. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206/texto>

Ministerio de Salud de la Nación (2019). Plan Nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. Documento Marco - Plan Alimentación Saludable en la Infancia (ASI). Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/2019-04\\_documento-marco\\_plan-asi.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/2019-04_documento-marco_plan-asi.pdf)

Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy (2013). Procedimiento de solicitud de evaluación de investigaciones de la salud a realizarse en la provincia de Jujuy. Resolución 12565-5-13. Disponible en: [http://jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2017/01/POE-1\\_Solicitud-de-evaluacion-al-Comit%C3%A9-Provincial-de-%C3%89tica-de-la-Investigaci%C3%B3n-en-Salud-de-Jujuy.pdf](http://jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2017/01/POE-1_Solicitud-de-evaluacion-al-Comit%C3%A9-Provincial-de-%C3%89tica-de-la-Investigaci%C3%B3n-en-Salud-de-Jujuy.pdf)

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - ENNyS 2 - Indicadores priorizados. 1–78. Disponible en: <file:///D:/MS%20-ME%20-%20FLIA/EU%202022/Massss/Descargas/encuesta->

nacional-de-nutricion-y-salud-2019.pdf

Miranda Hermosilla, F. M. (2017). Funcionamiento familiar, creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil y congruencia de la percepción de madres y padres sobre el estado nutricional de sus hijos e hijas. Disponible en: [http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2561/Tesis\\_Funcionamiento\\_familiar\\_creencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2561/Tesis_Funcionamiento_familiar_creencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Montaño D.E., & Taplin S.H. (1991). A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Social Science and Medicine* 32:733-741.

Monteban, M., Villagra, G., & Alderete, E. (2022). Vegetales y frutas en la primera infancia: prácticas alimentarias maternas. *Revista Medicina Bs As*, 1669–9106. Disponible en: [https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/destacado/original\\_7766.pdf](https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/destacado/original_7766.pdf)

Morante Caicedo, A. H., & Montece Diaz, L. Y. (2019). Conocimiento y prácticas en madres de niños menores de 5 años y su relación con el estado nutricional en CDI Pequeños Brillantes Sector La Virgen, Vinces, Los Ríos (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2019).

Nivín Colcas, I. D. (2010). Prevalencia de sobrepeso y obesidad y factores asociadas a obesidad en niños menores de 5 años: resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES Continua, 2004-2008. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13000>

Ogden, C.L., Troiano, R.P., Briefel, R.R., Kuczmarski, R.J., Flegal, K.M., & Johnson, C.L. (1997). Prevalence of eover weight among preschool children in the United States 1971 trhough 1994. *Pedaitrics* 1997, 99(4):1-7.

Organización Mundial de la Salud (1997). Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud (2001). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Ginebra, Suiza. 1–5. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/sa54id4.pdf?ua=1&ua=1](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa54id4.pdf?ua=1&ua=1)

Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategias de prevención de la

obesidad infantil basadas en la población: informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, Ginebra, 15 a 17 de diciembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2016). Informe de la Comisión para Acabar con la obesidad infantil. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_8-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 53° Consejo Directivo de la OPS - 66° Sesión del Comité Regional de la OMS. 1–39. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-05/plan-accion-prevencion-obesidad-ninies-adolescencia.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Disponible en: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)

Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (3), 280–285. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182002000300002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182002000300002&script=sci_arttext)

Oyhenart, E. E., Dahinten, S. L., Alfaro, E. L., Bejarano, I. F., Cabrera, G. E., Cesani, M. F., Forte, L. M., Lomaglio, D. B., Luis, M. a, Luna, M. E., Romero, S. M., Orden, A. B., Torres, M. F., & Zavatti, J. R. (2008). Estado nutricional infante juvenil en seis provincias de argentina: variacion regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 10(1), 5–62. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/6018>

Pasarin, L., Lamarque, M., & Cueto, J. (2014). Etnografía y Alimentación: Prácticas “rápidas” para una intervención comunitaria. *Kula. Antropólogos Del Atlántico Sur*, 10, 20–27. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/110105>

Pérez Campa, M. E. (2016). Síntomas de trastorno depresivo y estilos maternos de alimentación infantil relacionados con el peso del hijo (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/14033>

Popkin, B.M. (1998). The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutr.* 1(1):5-21.

Popkin, B.M., Paeratakul, S., Zhai, F., & Ge, K. (1995). A review of dietary and environmental correlates of obesity with emphasis on developing countries. *Obes Res.* 3 Suppl 2:145s-153s.

Ramirez Humari, D. C. (2019). Percepción materna sobre la prevención del sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años en una asociación en Villa El Salvador. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11358>

Ramos Huamayalli de Arista, L. J. (2018). Nivel de conocimiento sobre obesidad en madres de estudiantes de educación primaria de la institución educativa bíblico católico San Juan de Lurigancho Lima-Perú 2015. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/2478>

Realpe Silva, F. G. (2014). Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al centro de desarrollo infantil Arquita de Noé en el periodo julio-noviembre 2013 (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7520>

Reyes Oré, S. K. (2015). Efectividad de una intervención educativa en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas sobre la preparación de la lonchera, que tienen las madres de preescolares en una institución educativa privada en Santa Anita-Lima. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/978380?origin=crossref>

Rivera Campos, N.H., & Sotelo Quiñonez, T.I. (2019). Diseño y validación de una escala de actitudes maternas hacia el sobrepeso y la obesidad infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 22 (2), 148-177. Disponible en: <https://doi.org/10.14718/acp.2019.22.2.8>

Rivera Muñoz, L. (2018). Actitudes y prácticas de alimentación infantil de cuidadores principales, conducta alimentaria y estado nutricional en preescolares de la comuna de Curanilahue. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/3344>

Rodríguez González, P., & Larrosa Haro, A. (2013). Definición, etiología y clasificación del sobrepeso y la obesidad. *Desnutrición y obesidad en pediatría.*

Disponible en:  
[http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinad eexcelencia/10 Desnutrici3n y obesidad en pediatria-Interiores.pdf#page=123](http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinad eexcelencia/10%20Desnutrici3n%20y%20obesidad%20en%20pediatr3a-Interiores.pdf#page=123)

Rodr3guez S3nchez, M. T., & Santos Acevedo, R. (2013). Conocimiento materno sobre loncheras nutritivas y el estado nutricional de los preescolares. Moche-2013. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13904>

Rojas Sotelo, L. A. (2019). Relaci3n entre el estado nutricional antropom3trico de ni1os preescolares y pr3cticas alimentarias maternas en instituciones educativas de El Agustino, 2016. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11233>

Romaguera, D., Samman, N., Farf3n, N., Lobo, M., Pons, A., & Tur, J. (2008). Estado nutricional de la poblaci3n andina de la Puna y Quebrada de Humahuaca, Jujuy, Argentina. *Nutrici3n de Salud P3blica*, 11 (6), 606–615.

Sanches Marins, S., & Andrade Rezende, M. (2011). Percepciones y pr3cticas de madres de pre-escolares brasile1os acerca de la alimentaci3n de los hijos. *Enfermer3a Global*, 10(1). Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1695-61412011000100015>

S3nchez Guevara, S. (2012). Efectividad de una intervenci3n educativa sobre prevenci3n de la obesidad infantil en el conocimiento y pr3ctica de las madres de ni1os preescolares.

S3nchez Morales, C. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de obesidad en preescolares que acuden a estancias infantiles (EI) de la SEDESOL de Hermosillo, Sonora (Doctoral dissertation, Tesis de maestr3a en ciencias, CIAD).

Sastoque Bustamante, N. M. (2019). Conocimientos, actitudes y pr3cticas alimentarias de padres de familia de beneficiarios de un Hogar Infantil. ICBF. Localidad de Suba. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46202>

Serra, J. D., & Mi1ana, I. V. (2008). Complicaciones de la obesidad. *Revista espa1ola de pediatria: cl3nica e investigaci3n*, 64(1), 35-40. Disponible en: <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2008/REP%2064-1.pdf#page=31>

Shocosh, N. (2019). Percepci3n materna y del docente sobre alimentaci3n saludable en preescolares de una instituci3n educativa, San Juan de Lurigancho - 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10274>

Silva Chileno, G. J. (2018). Conocimientos Y Actitudes De Las Madres Sobre Alimentación Infantil Antes Y Después De La Intervención Del Proyecto: Bases Productivas Para La Seguridad Alimentaria en el Caserío Montesorco, Provincia San Marcos-Cajamarca 2010-2012.

Soto Malpartida, T. V. (2021). Conocimientos y actitudes sobre prevención de obesidad infantil en madres de niños de 3 a 6 años atendidos en el centro de atención primaria Rupa Rupa–Tingo María 2020.

Suárez Castillo, N., Guerrero Ramírez, A., Rodríguez Oropesa, K. M., Flores Martínez, C., & Tadeo Oropesa, I. (2010). Prevalencia de obesidad en un círculo infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 82(2), 0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312010000200006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312010000200006&script=sci_arttext&lng=pt)

Taveras, E. M., Gortmaker, S. L., Mitchell, K. F., & Gillman, M. W. (2008). Parental perceptions of overweight counseling in primary care: the roles of race/ethnicity and parent overweight. *Obesity*, 16(8), 1794-1801.

Tobar Cazorla, W. J. (2015). El nivel de conocimientos de las madres en la alimentación de niños de 1 a 5 años atendidos en el sub- centro San Pedro N° 15, en la ciudad de Guayaquil.- en el período de junio a septiembre del 2015. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/4148>

Trujillo Ramírez, I. (2019). Relación entre el nivel de conocimiento sobre obesidad infantil y los factores asociados en madres de niños de 5 a 9 años, Microred “Santa Fe”–Callao, 2016. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10854>

Valencia Olalla, G. E. (2016). Conocimientos y conducta alimentaria de las madres que inciden en la malnutrición de niños menores de 5 años. San Vicente. Yaruquíes, enero a junio 2016. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/6021>

Vásquez Idrogo, V. L. (2018). Actitud de las madres sobre alimentación saludable en preescolares Puesto de Salud El Verde Chota 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/1817>

Vigo Lázaro, A. F. (2018). Percepción y conocimientos de las madres sobre el



estado nutricional asociado a sobrenutrición en niños de 3 a 5 años-Simbal-2018. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3842>

Villagra, G. S. (2016). Conocimientos, prácticas y actitudes en la presencia de obesidad infantil en madres de niños de 2 a 5 años de edad concurrentes al Hospital “Ntra. Sra. del Carmen”.

Villagra, G. S., Alderete, E. D. C., & Bejarano, I. F. (2022). Obesidad Infantil, conocimientos y actitudes maternas en un centro de atención primaria de salud de la provincia de Jujuy. *Actualización en Nutrición*, 23(1), 43-51. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.48061/SAN.2022.23.1.43>

Yarasca Garay, T. M. (2016). Percepción de madres acerca del peso en exceso de sus hijos beneficiarios del Programa de Comedores Escolares de Lurigancho–Chosica, 2012. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5054>

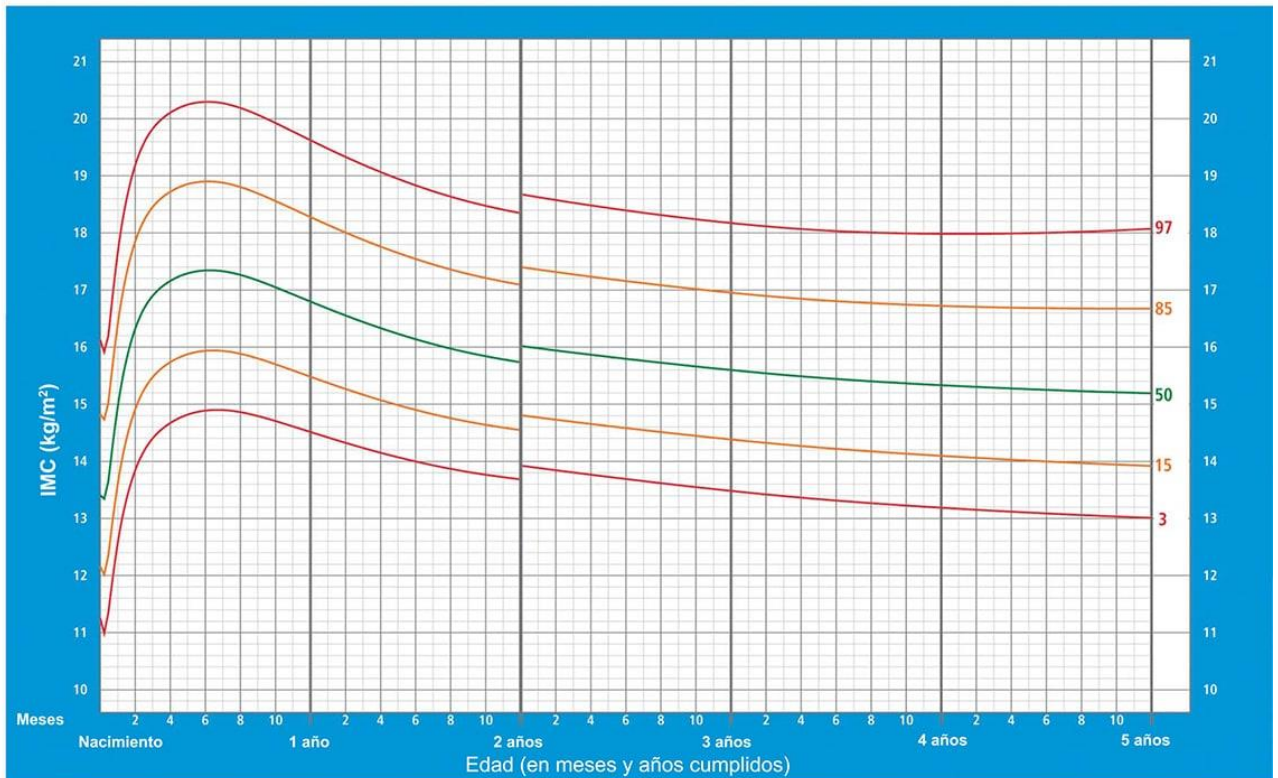
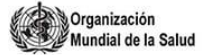
Yeste, D., & Carrascosa, A. (2011). Complicaciones metabólicas de la obesidad infantil. In *Anales de Pediatría* Vol. 75, No. 2, pp. 135-e1. Elsevier Doyma. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.03.025>

## ANEXOS

### 1.1 Anexo 1: Patrones de crecimiento infantil de la OMS. IMC para la edad niños y niñas. Percentiles (Nacimiento a 5 años).

#### IMC para la edad Niños

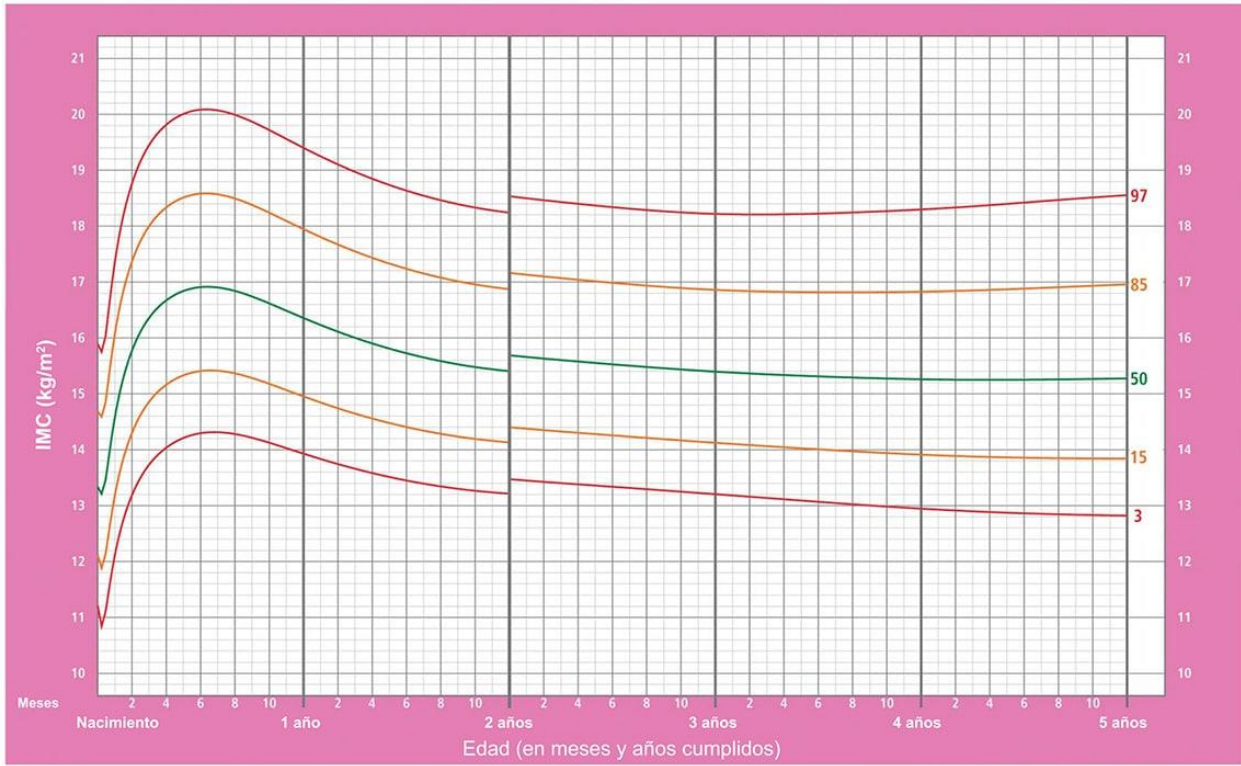
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# IMC para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

1.2 Anexo 2: Puntos de corte internacionales para el índice de masa corporal para sobrepeso y obesidad por sexo entre 2 y 18 años, definidos para pasar por índice de masa corporal de 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> a los 18 años, obtenidos promediando datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y Estados Unidos:

Años de edad	Índice de masa corporal 25 kg/m <sup>2</sup>		Índice de masa corporal 30 kg/m <sup>2</sup>	
	machos	hembras	machos	hembras
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67

12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

1.3 Anexo 3: Puntos de corte internacionales de IMC para grados 1, 2 y 3 de delgadez por sexo para edades exactas entre 2 y 18 años, definidos para pasar por IMC de 16, 17 y 18,5 a los 18 años, obtenidos por promedio de datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y EE. UU:

Años de edad	Muchachos			Muchachas		
	16	17	18.5	16	17	18.5
2.0	13.37	14.12	15.14	13.24	13.90	14.83
2.5	13.22	13.94	14.92	13.10	13.74	14.63
3.0	13.09	13.79	14.74	12.98	13.60	14.47
3.5	12.97	13.64	14.57	12.86	13.47	14.32
4.0	12.86	13.52	14.43	12.73	13.34	14.19
4.5	12.76	13.41	14.31	12.61	13.21	14.06
5.0	12.66	13.31	14.21	12.50	13.09	13.94
5.5	12.58	13.22	14.13	12.40	12.99	13.86
6.0	12.50	13.15	14.07	12.32	12.93	13.82
6.5	12.45	13.10	14.04	12.28	12.90	13.82
7.0	12.42	13.08	14.04	12.26	12.91	13.86
7.5	12.41	13.09	14.08	12.27	12.95	13.93
8.0	12.42	13.11	14.15	12.31	13.00	14.02
8.5	12.45	13.17	14.24	12.37	13.08	14.14
9.0	12.50	13.24	14.35	12.44	13.18	14.28
9.5	12.57	13.34	14.49	12.53	13.29	14.43
10.0	12.66	13.45	14.64	12.64	13.43	14.61
10.5	12.77	13.58	14.80	12.78	13.59	14.81

Años de edad	Muchachos			Muchachas		
	16	17	18.5	16	17	18.5
11.0	12.89	13.72	14.97	12.95	13.79	15.05
11.5	13.03	13.87	15.16	13.15	14.01	15.32
12.0	13.18	14.05	15.35	13.39	14.28	15.62
12.5	13.37	14.25	15.58	13.65	14.56	15.93
13.0	13.59	14.48	15.84	13.92	14.85	16.26
13.5	13.83	14.74	16.12	14.20	15.14	16.57
14.0	14.09	15.01	16.41	14.48	15.43	16.88
14.5	14.35	15.28	16.69	14.75	15.72	17.18
15.0	14.60	15.55	16.98	15.01	15.98	17.45
15.5	14.86	15.82	17.26	15.25	16.22	17.69
16.0	15.12	16.08	17.54	15.46	16.44	17.91
16.5	15.36	16.34	17.80	15.63	16.62	18.09
17.0	15.60	16.58	18.05	15.78	16.77	18.25
17.5	15.81	16.80	18.28	15.90	16.89	18.38
18.0	16.00	17.00	18.50	16.00	17.00	18.50

1.4 Anexo 4: Cuestionario

Fecha: ..... / ..... / .....

Día Mes Año

N° de Cuestionario

**HORA DE INICIO**

Provincia: .....

Localidad: .....

**ENCUESTA SOBRE ALIMENTACION**

**ESTIMADA MAMÁ, DESDE EL CENTRO DE SALUD QUEREMOS HACERLE  
ALGUNAS PREGUNTAS PARA AYUDARLA A DARLE A SUS HIJOS UNA  
ALIMENTACION SALUDABLE**

1. En el día de hoy, Usted trae a su niño/a al centro de salud por:

Control de niño sano

Porque está enfermo

Para recibir leche

Por otra razón

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

¿Cual?.....



2. De qué programas de salud materno infantil participa:

<input type="checkbox"/>	1	SUMAR
<input type="checkbox"/>	2	REMEDIAR
<input type="checkbox"/>	3	OTROS

¿Cuál?.....

2a. Usted,

Recibe asignación universal por alguno de sus hijos

Tiene tarjeta Alimentaria

Recibe bolsón alimentario

Otra ayuda alimentaria

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

¿Cuál?.....

### Datos demográficos de la madre

3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ..... / ..... / .....

Día Mes Año

4. ¿Qué edad tiene Ud. actualmente?  Años

5. ¿Dónde nació?

Localidad: .....

Provincia: .....

País: .....

6. ¿Qué nivel escolar alcanzó?

Nunca asistió a la escuela	<input type="checkbox"/>	1
Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	2
Primaria Completa	<input type="checkbox"/>	3
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	4
Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>	5
Carrera Técnica o Terciaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	6
Carrera Técnica o Terciaria Completa	<input type="checkbox"/>	7
Carrera Universitaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	8
Carrera Universitaria Completa	<input type="checkbox"/>	9

7. ¿Actualmente, ¿cuál es su situación laboral?

Trabajando	<input type="checkbox"/>	1
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	2
Jubilada	<input type="checkbox"/>	3
Estudiando	<input type="checkbox"/>	4
Trabajo informal	<input type="checkbox"/>	5
Desocupada	<input type="checkbox"/>	6
Otro	<input type="checkbox"/>	7

8. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera	<input type="checkbox"/>	1
Casada	<input type="checkbox"/>	2
En pareja	<input type="checkbox"/>	3
Separada	<input type="checkbox"/>	4

Divorciada	<input type="checkbox"/>	5
Viuda	<input type="checkbox"/>	6

9. ¿Cuál es su raza, origen, o de qué descendencia es Ud.?

Aborigen, Originario o nativo de América (Aborígenes son los descendientes de las personas que vivían en el continente Americano antes de la llegada de Colón)	<input type="checkbox"/>	1
Europea	<input type="checkbox"/>	2
Mezcla de Europeo y Aborigen	<input type="checkbox"/>	3
Árabe (por ejemplo Sirio o Libanés)	<input type="checkbox"/>	4
Otro origen o raza:	<input type="checkbox"/>	5

¿Cuál?.....

**(SI MARCA LAS “OPCIONES” 2, 4 ó 5 PASE A PREGUNTA 12)**

10. ¿A qué grupo aborigen, originario o nativo pertenece Ud.?

Calchaquí	<input type="checkbox"/>	1
Kolla	<input type="checkbox"/>	2
Quechua	<input type="checkbox"/>	3
Aymara	<input type="checkbox"/>	4
Guaraní	<input type="checkbox"/>	5
Wichí	<input type="checkbox"/>	6
Mataco	<input type="checkbox"/>	7

Ningún grupo originario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Otro grupo originario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9

¿Cuál? .....

11. ¿Ud. o alguien de su familia sabe algún idioma originario, aunque sea un poquito?

Quechua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Aymara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Guaraní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Ningún idioma originario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Otro idioma originario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

¿Cuál? .....

12. En comparación a personas de su misma edad, Usted piensa que su salud es:

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DATOS ANTROPOMETRICOS DE LA MADRE**

13. ¿Cuánto pesa Usted actualmente?

..... kg

14. Ahora quisiéramos tomar algunas medidas suyas.

Por favor permítanos tomar medidas de su cintura y cadera.

ENTREVISTADOR, MEDIR CON CINTA METRICA

Talla (altura) de la madre  cmts.

Circunferencia de cadera

Circunferencia de cintura  cmts.

15. ¿Algún personal de salud le dijo que USTED tiene?

15.a SOBRE PESO

Sí  1

No  5

15.b OBESIDAD

Sí  1

No  5

16. Con respecto a su peso Usted

Está tratando de engordar

Está tratando de adelgazar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2

Está tratando de mantener su peso  
No se preocupa por lo que pesa

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

17. En la ÚLTIMA SEMANA,

¿Cuántos días hizo ejercicios físicos durante por lo menos 30 minutos? Por ejemplo, caminar, correr, andar en bicicleta, ir al gimnasio, hacer algún deporte.

Ningún día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
1 día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
2 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
3 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
5 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
6 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
Todos los días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8

---

### Síntomas de depresión, ansiedad

18. ¿En los últimos 12 meses (un año) se sintió TRISTE por lo menos durante dos semanas, y no pudo hacer sus actividades normales o hacer las cosas que tenía que hacer?

Sí, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas  
No, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

19. ¿En el último año se sintió más nerviosa o ansiosa que otras personas de su edad?

Sí  1

No  5

20. En general ¿Es Usted una persona que se enoja, que siente rabia o bronca más que la mayoría de las personas de su edad?

Sí  1

No  5

21. ¿Ud. ha fumado cigarrillos alguna vez en su vida, aunque sea una o dos pitadas?

Sí  1

No  5

**(SI CONTESTA NO, PASE A PREGUNTA 24)**

22. En los **últimos 30 días (un mes)** en lo que Ud. fumó ¿Cuántos cigarrillos por día ha fumado?

No fumó cigarrillos en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	1
Menos de 1 cigarrillo	<input type="checkbox"/>	2
1 cigarrillo	<input type="checkbox"/>	3
De 2 a 5 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/>	4
De 6 a 10 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/>	5
De 11 a 20 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/>	6
Más de 20 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/>	7

23. ¿Alguna vez Ud. fumó, aunque sea una pitada, cuando estaba embarazada?

Sí  1

No  5

24. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar fuman actualmente?

---

**Datos sobre maternidad**

25. Número de hijos

26. Listado de hijos/as entre 0 y 5 años que la mamá LLEVA AL CONTROL ESE  
DIA

Nombre o sobre nombre	Sexo	Edad



**Si son más de un niño, el entrevistador seleccionará del listado un/a hijo/a mediante sorteo para el llenado del cuestionario**

27. NOMBRE Y APELLIDO del hijo/a seleccionado/a

27b. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo/a.....?

(nombre del hijo/a seleccionado)

..... /..... /.....

Día Mes Año

**Información sobre nacimiento del HIJO SELECCIONADO**

**(Utilizar nombre del hijo seleccionado)**

28. ¿Cuántos años tenía Usted cuando nació.....?

29. El embarazo fue:

Normal

Con algunas complicaciones

Con muchas complicaciones

	1
	2
	3

¿Cuáles? .....

30. ¿Algún médico le dijo que tenía que cuidar su alimentación porque había aumentado mucho de peso durante el embarazo?

Sí 

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
--------------------------	-------------------------------------	---

No 

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
--------------------------	-------------------------------------	---

31. Su hijo..... nació:

A término	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>1</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1		
Antes de término	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>2</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2		
Después de término	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>3</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3		

32. El parto fue:

Normal	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>1</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1		
Cesárea	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>2</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2		

33. ¿Su hijo nació con algún problema de salud?

Sí 

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
--------------------------	-------------------------------------	---

No 

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
--------------------------	-------------------------------------	---

¿Cuál? .....

34. Lugar de nacimiento:

En el hogar	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>1</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1		
En clínica, hospital	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>2</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2		

Otro:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
--------------------------	-------------------------------------	---

¿Cuál? .....

35. ¿Cuánto pesaba su hijo al nacer?

.....Kg.....gr.
-----------------

**(ENCUESTADOR: Verificar con historia clínica o cartilla)**

36. ¿Cuánto pesa su hijo actualmente?

.....Kg.....gr.
-----------------

37. Comparándolo con los niños/as de la misma edad, Usted piensa que su hijo:

Está gordo/a

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Tiene exceso de peso

Tiene un peso adecuado

Está algo delgado/a

Está muy delgado/a

38. Usted quisiera que su hijo:

Pierda peso

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

Se mantenga como está

Aumente de peso

No le preocupa el peso

---

## DATOS ANTROPOMETRICOS DEL NIÑO/A

39. A completar por el encuestador **(CON CARTILLA)**

Talla del niño  cmts

Peso del niño  Kgs/grs

Perímetro cefálico  cmts  Percentil

Fecha de registro en cartilla ..... / ..... / .....  
Día Mes Año

### Atención de salud (Controles del Hijo)

40. Hacer los controles de salud de su hijo le resulta:

1- Fácil	2- Un poco complicado	3- Muy complicado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**(SI CONTESTA 1, PASE A PREGUNTA 42)**

41. ¿Por qué le resulta complicado?

Por los horarios

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

Por el transporte

Porque trabajo

Por la distancia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
Porque no tengo con quien dejar a mis otros hijos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Otra razón ¿Cuál? .....

42. ¿Cuán satisfecha está usted con la atención que recibe, cuando lleva a su hijo a control?

1-	2-	3-	4-
Muy satisfecha	Algo Satisfecha	Poco satisfecha	Nada satisfecha
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(SI CONTESTA 1 o 2, PASE A PREGUNTA 44)**

43. ¿Ha tenido algunos de estos problemas en la atención de su hijo/a en los controles?

Hay que esperar mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5
El médico no dedica suficiente tiempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5
El trato del médico no es bueno	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5
El trato de otro personal no es bueno	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Falta personal para hacer los controles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Otro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	5

¿Cuál? .....

44. ¿Cumplió con todos los controles desde que nació su hijo?

1-	2-	3-	4-
Con todos	Casi todos	Pocos	Ninguno

45. ¿Cómo ha sido la salud de su hijo desde el nacimiento hasta ahora?

1-	2-	3-	4-	5-
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

46. ¿Su hijo tiene algún problema que le impida realizar actividades o comportarse como otros niños de su edad?

Sí   1

No   5

¿Cuál? .....

47. ¿Usted llevó alguna vez a su hijo al dentista?

Si lo lleve	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1
No lo lleve	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 2
No, no tiene dientes todavía	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 3

48. ¿Cuántos años/meses tenía su hijo cuando fue por primera vez a un dentista?

0 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
7 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Entre 1 y 2 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Entre 3 y 4 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Nunca fue al dentista	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6

49. ¿Cuántos años/meses tenía cuando vio por última vez a un dentista?

0 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
7 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Entre 1 y 2 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Entre 3 y 4 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Nunca fue al dentista	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6

50. ¿Tiene caries?

No tiene dientes todavía	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Si, tiene caries	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
No, no tiene caries	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
No sé si tiene caries	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

51. ¿Alguna vez un personal de salud (médico/enfermera/agente sanitario) le dijo que su hijo tenía problemas de peso?

No nunca	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Si, sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Si, obesidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Sí, desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

**(SI CONTESTA NO, PASE A PREGUNTA 54)**

52. ¿Cuánto tiempo tenía su hijo?

Años   1

Meses   2

53. ¿Le recomendaron algún tratamiento por este problema de peso?

No ninguno	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Mejorar la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Otro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

¿Cuál? .....



**Factores facilitadores para acceso a controles pre y post natales**

54. ¿Cuándo tiene alguna duda o pregunta de cómo alimentar a su hijo, con quién prefiere hablar?

Médico	<input type="checkbox"/>	1
Enfermera	<input type="checkbox"/>	2
Alguien de su familia	<input type="checkbox"/>	3
Alguna amiga	<input type="checkbox"/>	4
Curandero o práctico	<input type="checkbox"/>	5
Agente sanitario	<input type="checkbox"/>	6
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	7
Otro	<input type="checkbox"/>	8

¿Cuál? .....

55. ¿Cómo es la comunicación que Ud. tiene?

55.a Con médicos

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay médicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.b Con enfermeras

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay enfermeras

55.c Con nutricionistas

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay nutricionis ta

55.d Con educador para la salud

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay educador para la salud

55.e Con asistente social

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay asistente social

55.f Con agentes sanitarios

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay agentes sanitarios

**Seguimiento del hijo (Lactancia y Alimentación)**

***Estas preguntas son sobre la alimentación de su hijo***

56. ¿Cuántos días luego del nacimiento de su hijo/a .....comenzó a darle de mamar? (usar nombre o sobrenombre del hijo/a)

El mismo día

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

Días después del nacimiento

¿Cuántos días después? .....

57. Durante la lactancia le dio/da a su hijo/a:

Solamente leche materna

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

Solamente formula

Leche materna y formula

58. ¿Su hijo/a todavía está lactando?

Sí   1

No   5

**(SI CONTESTA SI, PASE A PREGUNTA 60)**

59. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando dejó de lactar?

Años   1

Meses   2

60. ¿Su hijo/a está comiendo algún alimento sólido (papillas u otros)?

Sí   1

No   5

**(SI CONTESTA que NO, PASE A SECCION B,  
A CONTINUACION DE LA PREGUNTA 65)**

61. ¿Desde qué edad comenzó a comer algún alimento sólido?

Años   1

Meses   2

62. ¿Su hijo asiste a?

Jardín	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1
Guardería	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 2
No asiste	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 3

63. ¿Su hijo come alguna comida en?

Guardería  
Jardín o copa de leche  
Solo come en la casa

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

64. ¿Cuántos días por semana come en?

64.a Guardería

Ningún día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
1 día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
2 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
3 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
5 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
6 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
Todos los días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8

64.b Jardín o copa de leche

Ningún día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
1 día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
2 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
3 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
5 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
6 días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
Todos los días	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8

65. ¿Qué comidas come en guardería, jardín o copa de leche?

Desayuno  
Almuerzo  
Merienda  
Ninguno

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

**SECCION B**

**TAMIZADO**

**Actualmente su hijo:** Toma el pecho y/o mamadera?

SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
NO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2

ENTREVISTADOR: SI EL HIJO **NO** ESTA tomando pecho o mamadera  
**PASAR A LA PREGUNTA 67**

**Estilos de alimentación del bebé**  
**(Para madres de hijos que están amamantando)**

***Estas preguntas son sobre la forma en que toma el pecho o la mamadera su bebé..... (nombre del hijo).***

66. Cuando su bebé toma el pecho o la mamadera:

66.a ¿Está contento?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.b ¿Tiene buen apetito?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

66.c ¿Se llena muy rápido?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

66.d ¿Toma la teta o la mamadera muy despacio?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

66.e ¿Tiene problemas para completar la lactancia?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

66.f ¿Si lo dejara, siempre estaría tomando pecho o mamadera?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

### TAMIZADO

Actualmente su hijo come **COMIDA SOLIDA**

SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
NO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2

Si el niño **NO** COME COMIDA SOLIDA  
**PASE A LA PREGUNTA NUMERO 78**

**Estilos de alimentación del hijo**  
**(Para madres de hijos que están comiendo alimentos sólidos)**

*Estas preguntas son sobre la forma en que come su hijo.*

67. Cuando SU HIJO/A come la comida:

67.a ¿Tiene buen apetito?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca



67.b ¿Termina rápido su comida?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.c ¿Siempre está pidiendo BEBIDAS?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.d ¿Come despacio?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.e ¿Come MENOS cuando está enojado?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.f ¿Le gusta probar comidas nuevas?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.g ¿Come MENOS cuando está cansado?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.h ¿Siempre está pidiendo comida?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.i ¿Come MAS cuando está molesto?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.j ¿Come MAS cuando está ansioso?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.k ¿Deja comida en el plato?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.l ¿Si lo dejara, estaría comiendo todo el tiempo?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.m ¿Suele estar esperando la hora de comer?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.n ¿Le gusta comer?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

67.o ¿Si lo dejara, estaría tomando bebidas todo el día?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4- Nunca

68. ¿Quién es la persona que la mayoría de los días prepara la comida para su hijo?

Madre	<input type="checkbox"/>	1
Abuela	<input type="checkbox"/>	2
Tía	<input type="checkbox"/>	3
Otro	<input type="checkbox"/>	4

¿Quién?.....

**Lista de alimentos y cantidad consumidos por el niño el día anterior, en cada comida y entre comidas.**

***Por favor piense en lo que comió su hijo.....en el día de AYER o en el último día en que su hijo haya comido lo que come normalmente.***

**69. ¿Comió ALIMENTOS?**

69.a Frutas

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69.b Verduras

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69. c Carnes rojas  
(vaca, cerdo, cordero)

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69. d Harina de trigo, avena  
(pan, fideo, cereales)

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69. e Carnes blancas (pollo, pescado)

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69. f Arroz

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69. g Legumbres (poroto, lenteja, garbanzo)

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

69. h Maíz, quinua

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

**70. ¿Consumió LÁCTEOS?**

70.a Leche

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

70.b Yogur

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

70. c Queso

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

**71. ¿Comió estos alimentos ENVASADOS?**

71.a ¿Comió chisitos?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

71.a.a Si contesta Sí ¿Cuántos comió?

Hasta una bolsa chica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Hasta una bolsa mediana	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Hasta una bolsa grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Más de una bolsa grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

71.b ¿Comió papas fritas envasadas?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

71.b.b Si contesta Sí ¿Cuántos comió?

Hasta una bolsa chica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Hasta una bolsa mediana	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Hasta una bolsa grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Más de una bolsa grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

71.c. ¿Comió palitos salados?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

71.c.c Si contesta Sí ¿Cuántos comió?

Hasta una bolsa chica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Hasta una bolsa mediana	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Hasta una bolsa grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Más de una bolsa grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

71.d Comió otros alimentos envasados

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

¿Cuáles?.....

**72. ¿Comió DULCES?**

72.a Galletas dulces

72.a.a Si contesta Sí ¿Cuántas aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

72.b Caramelos o chupetines, 72.b.b Si contesta Sí ¿Cuántas aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

72.c Chocolatines, alfajores, 72.c.c Si contesta Sí ¿Cuántas aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

72.d ¿Comió otros alimentos dulces?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

¿Cuáles?.....

### 73. ¿Tomó BEBIDAS?

73.a Gaseosas      73.a.a Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3



73.b Jugos en polvo 73.b.b Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

73.c Jugos naturales 73.c.c Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

73.d Agua saborizada 73.d.d Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

73. e Agua 73.e.e Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

***En cuanto a la alimentación de su hijo, Usted hace algo de lo siguiente,***

74. Pone límite a su hijo para que no consuma dulces y/o comida chatarra

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

75. Controla lo que come su hijo

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

76. Trata de que su hijo sepa qué alimentos son buenos y cuales no son buenos

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

77. Trata de comer comida sana para que su hijo siga su ejemplo

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

**CONTESTAN TODAS LAS MADRES**

**Consumo en el hogar**

**Las siguientes preguntas son sobre la clase de comidas que se comen EN SU HOGAR**

78. ¿Qué bebidas consumen DIARIAMENTE en el hogar? (consumidas por el grupo familiar)

Agua	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Gaseosas	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Jugos en sobre	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Jugos naturales	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5

79. ¿Cuántas veces por semana se come en el hogar?:

79. a Comidas al horno o la parrilla como asado, carne al horno, pollo o pescado al horno

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4- Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. b Comidas con salsa como fideos, ñoquis, ravioles

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4- Nunca

79. c Comidas hervidas como puchero, verduras hervidas, sopas

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4- Nunca

79. d Comidas fritas como milanesas, papas fritas, huevos fritos

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4- Nunca

79. e Locro, picantes, guiso, tamales, humitas, empanadas

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4- Nunca

## Preferencias de Comidas

80. Por favor díganos cuán importante es para usted que la comida que se come en SU HOGAR diariamente sea:

	1- Muy importante	2- Importante	3- Poco importante	4- Nada importante
80.a Fácil de preparar				
80.b Sea parecida a lo que comía cuando era niña				
80.c Que los ingredientes sean naturales				
80.d No tenga mucha grasa				
80.e Sea rica				
80.f Que no tenga agregados artificiales o químicos				
80.g Huela rico				
80.h Sea barata				

## Conocimiento de la madre a cerca de sobre-peso y obesidad infantil

81. Por favor dígame si usted está de acuerdo o no con las siguientes frases:

81. a El exceso de peso no es problema en la infancia si uno se cuida cuando es adulto		Sí	1		No	5
81. b El exceso de peso puede causar enfermedades del corazón		Sí	1		No	5
81. c El exceso de peso puede causar diabetes		Sí	1		No	5
81. d El exceso de peso puede causar anemia		Sí	1		No	5

### ***Actitudes de la madre sobre sobre-peso/obesidad infantil***

82. ¿Usted piensa que la alimentación de su hijo es?

1- Muy sana	2- Sana	3- Poco sana	4- Nada sana

83. ¿Cuán importante es para usted controlar que su hijo no tenga peso de más?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

84. ¿Cuán importante es para usted controlar que su hijo no tenga bajo peso?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

85. ¿Cuán importante es para usted saber qué alimentos son saludables?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

86. ¿Cuán importante es para usted saber qué bebidas son saludables?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

**Por favor díganos si usted está de acuerdo o no con las siguientes frases:**

87. Un niño gordito es un niño saludable

1- Muy de acuerdo	2- De acuerdo	3- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

88. Sí un niño come normalmente, no es importante que haga ejercicio físico para cuidar su salud

1- Muy de acuerdo	2- De acuerdo	3- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

89. Los niños pueden tomar toda la gaseosa que deseen porque lo que engordan son las comidas

1- Muy de acuerdo	2- De acuerdo	3- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

90. Si un niño es gordito, siempre lo va a ser sin importar lo que haga

1- Muy de acuerdo	2- De acuerdo	3- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

91. Los niños pueden ser obesos o gordos porque viene de familia

1- Muy de acuerdo	2- De acuerdo	3- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo



92. Los niños pueden ser obesos o gordos porque comen comida chatarra

1- Muy de acuerdo	2- De acuerdo	3- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

93. Por favor dígame si le pasa a usted algunas de estas cosas:

93. a Comprar comida sana y natural es caro

	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1

	No	5
	No	5
	No	5

93. b Cerca de mi casa no hay donde comprar comida sana y natural

93. c Trabajo y no tengo tiempo para dedicarme más a cuidar la alimentación de mis hijos

### Inseguridad alimentaria

94. ¿Cuál de las siguientes frases describe cómo se alimentaron las personas que viven en su hogar, en los últimos 12 meses?:

94. a "Siempre tuvimos suficiente comida y de la clase que queremos"

	Sí	1
	Sí	1

	No	5
	No	5

94. b "Tuvimos suficiente comida pero no siempre la clase de comida que queríamos"

94. c "Algunas veces no tuvimos suficiente comida"	Sí	1	No	5
94. d "Muchas veces no tuvimos suficiente comida"	Sí	1	No	5

95. Por favor dígame si alguna de estas es una razón por la que USTED algunas veces NO puede comer LA CANTIDAD de comida que quisiera:

95. a "Por falta de dinero para comprar comida"	Sí	1	No	5
95. b "Por problemas de salud"	Sí	1	No	5
95. c "Por hacer dieta"	Sí	1	No	5
95. d "Por falta de combustible para cocinar"	Sí	1	No	5
95. e "Por falta de producción en la granja o agricultura del hogar"	Sí	1	No	5

96. Por favor dígame si USTED alguna vez no puede comer LA CLASE DE ALIMENTO QUE QUISIERA por alguna de estas razones:

96. a "Por falta de dinero"	Sí	1	No	5
96. b "Porque es difícil llegar al lugar donde se vende lo que queríamos comer"	Sí	1	No	5
96. c "Por estar a dieta"	Sí	1	No	5
96. d "Porque lo que queríamos comer no se consigue"	Sí	1	No	5
96. e "Porque no se consiguen alimentos sanos o de buena calidad"	Sí	1	No	5

**Estilo de vida del Niño/a**

97. ¿Su hijo/a es activo, juega moviéndose, corre, hace ejercicios?

1- Mucho	2- Poco	3- Nada

98. ¿Para usted qué importancia tiene que los niños en general hagan actividades físicas? (moverse, correr)

1- Mucho	2- Poco	3- Nada

99. ¿En el barrio hay disponibilidad de espacio como plazas parques o polideportivo?

Sí   1

No   5

100. Generalmente ¿Cuántas horas ve televisión, videos o películas su hijo/a.....? (nombre del hijo)

No ve televisión, videos o películas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1
Menos de 1 hora por día	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 2
1 hora por día	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 3
2 horas por día	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 4
3 horas por día	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 5

4 horas por día  
5 o más horas por día

	6
	7

101. Generalmente ¿Cuántas horas pasa en los juegos electrónicos su hijo?

No juega a juegos electrónicos  
Menos de 1 hora por día  
1 hora por día  
2 horas por día  
3 horas por día  
4 horas por día  
5 o más horas por día

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

102. ¿Cuántas horas duerme su hijo?:

102.a Durante el día: ..... horas.....minutos

102.b Durante a la noche: ..... horas.....minutos

103. En general ¿A qué hora se acuesta por la noche?

.....

## Síntomas de depresión, ansiedad

PREGUNTAR SOLAMENTE SI EL HIJO/A TIENE MAS DE 6 MESES DE EDAD

**SI EL HIJO/A TIENE MENOS DE 6 MESES DE EDAD PASAR A LA PREGUNTA 107**

104. ¿En los últimos 12 meses (un año) SU HIJO .....? se sintió TRISTE por lo menos durante dos semanas, y no pudo hacer sus actividades normales o hacer las cosas que tenía que hacer?

Sí, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

No, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas

105. Ud. Considera que SU HIJO ¿Es más nervioso o ansioso que otros niños de su edad?

Sí   1

No   5

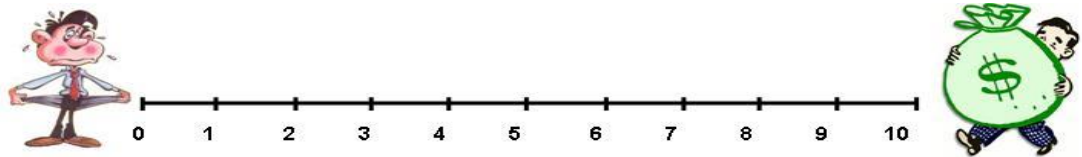
106. En general ¿SU HIJO se enoja, siente rabia o se enoja más que la mayoría de los niños de su edad?

Sí   1

No   5

## Condición socioeconómica

107. Esta figura muestra en un extremo a una persona con poco dinero y en el otro una persona con mucho dinero, ¿Ud., en qué número de la escala ubicaría su grupo familiar?



108. Con los ingresos actuales de su hogar, Ud. suele llegar a fin de mes con

1- Mucha Dificultad	2- Dificultad	3- Alguna Dificultad	4- Facilidad	5- Mucha Facilidad

109. Por favor **MARQUE CON UNA CRUZ** cuál de estos números representa el ingreso total de su grupo familiar.

PESOS (\$)				
DE:	A:			
<b>1</b>	\$ 1	-	\$ 500	
<b>2</b>	\$ 501	-	\$ 1000	
<b>3</b>	\$ 1001	-	\$ 3000	
<b>4</b>	\$ 3001	-	\$ 7000	
<b>5</b>	\$ 7001	-	\$ 15000	
<b>6</b>	Más de \$ 15000			

110. Indique si el agua de su vivienda es...

Red Pública (agua corriente)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Perforación con bomba a motor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Perforación con bomba manual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Otra fuente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

¿Cuál? .....

111. ¿Qué tipo de desagüe tiene su baño?

A red pública (cloaca)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
A cámara séptica y pozo ciego	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
A pozo/excavación en la tierra	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
No tengo baño instalado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4

112. ¿Su vivienda tiene los siguientes servicios?

Red de gas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	í			o	
Recolección de basura	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	í			o	

## Motivos de preocupación

113. ¿Ud. cree que las posibilidades de que su HIJO tenga una buena educación son?

1- Excelente	2- Muy Buena	3- Buena	4. Regular	5- Mala

114. ¿Cuán seguro esta Ud. en poder tener una vida mejor en el futuro?

1- Seguro	2- Muy Seguro	3- Algo Seguro	4- Nada Seguro

115. ¿Cuán seguro esta Ud. de tener apoyo de su familia o amigos cuando los necesita?

1- Seguro	2- Muy Seguro	3- Algo Seguro	4- Nada Seguro

116. Por favor indique cuánto se preocupa Usted por:

	1- Mucho	2- Poco	3- Nada
Problemas familiares			
Problemas en el Trabajo			



Problemas con su Pareja			
Problemas Económicos			
Problemas de Vivienda			
Problemas de Salud			
Problemas con sus hijos			

¿Otros problemas? .....

117. ¿Cuánto se preocupa Ud. por...?

	1- Mucho	2- Poco	3- Nada
Robos en su barrio			
Violencia en su barrio			

118. En el último año alguna vez:

Robaron su casa	Sí	1	No	5
Robaron la casa de un vecino	Sí	1	No	5
Le robaron a Ud. en la calle de su barrio	Sí	1	No	5
Le robaron a Ud. fuera de su barrio	Sí	1	No	5

119. En el barrio en el que vive, cual es la calidad de:

	1- Muy Buena	2- Buena	3- Regular	4- Mala	5- No Hay
Servicios de atención médica					
Escuelas					
Lugares de recreación (plazas, parques, canchas de deportes)					
Transporte público					
Acceso a los medios de comunicación (radio, televisión, diario)					

120. Actualmente Ud. participa en:

Club	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Consejo deliberante de la ciudad	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Centro vecinal	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Cooperadora de escuela ó comedores	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Cooperadora de trabajo	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Agrupaciones sociales	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Otras Instituciones ó agrupaciones	Sí	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	No	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5

¿Cuál?.....

HORA DE FINALIZACION

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## 1.5 Anexo 5: Hoja de consentimiento informado para madres

### **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MADRES**

Estimada Mamá, a través de esta hoja de información se le está solicitando su consentimiento para participar en el estudio de investigación denominado **Obesidad Infantil: su relación con conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación materna**, que será llevado a cabo por la Lic. Gabriela Villagra bajo la dirección de la Investigadora Dra. Ethel Alderete.

La presente hoja de consentimiento informado explica en qué consiste y cómo sería su participación en el estudio. Por ello, le solicitamos a continuación, que por favor lea cuidadosamente toda la información proporcionada.

Con esta investigación se espera contribuir a mejorar el estado nutricional de niños/as y aportar evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de prevención de la obesidad infantil en los programas de salud materno infantil.

Actividades: Se le pedirá que responda un cuestionario, autorización para tomar medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura y cadera) para ver su estado nutricional, y autorización para acceder a los datos de peso y talla de la Historia Clínica Pediátrica de su hijo/a. El cuestionario incluirá preguntas sobre características sociodemográficas (sexo, edad, cantidad de hijos/as, nivel de educación, situación laboral, ingresos del hogar). Le preguntaremos sobre la salud de su hijo/a y sobre prácticas de la vida diaria: tipo de alimentación del niño/a. Participar del estudio tomará entre 40 y 50 minutos.

Costo y Beneficios: la participación en este estudio no tiene ningún costo. Su participación puede contribuir a los esfuerzos de salud pública para mejorar la alimentación de los niños/as y contribuir a que haya menos niños/as con desnutrición, sobrepeso u obesidad. Para esto será muy útil conocer sus experiencias.

Inconvenientes: si alguna pregunta o procedimiento le causa incomodidad, Usted puede dejar de responder el cuestionario en cualquier momento, sin que esto le ocasione la pérdida de servicios de salud o beneficios.

Derechos: Usted tiene derecho a modificar o suprimir sus datos en cualquier momento de la investigación.

Confidencialidad: Para garantizar el carácter confidencial de la información recibida y resguardar su identidad todos los datos identificatorios se registrarán en planillas separadas que se guardarán en un armario bajo llave y a las que solo tendrá acceso el investigador responsable.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre estas actividades puede hablar con la directora del estudio de investigación, Dra. Ethel Alderete. Puede llamar al teléfono 4232626 de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas.

Financiamiento: este estudio está financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), a través de una Beca Interna Doctoral otorgada a la Lic. Gabriela Villagra (periodo 2017-2022).

Este Proyecto se desarrolla de acuerdo con las disposiciones de la Guía para Investigaciones con Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Nación, las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), y las normas éticas adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964.

Ante cualquier inquietud Usted puede comunicarse antes, durante o después de su participación en esta investigación, con el Comité de Ética de Investigación del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy (Tel. 4245500,

investigación.msjujuy@gmail.com, Av. Italia esq. Independencia, Ciudad de San Salvador de Jujuy).

<b>SI</b> quiero participar en este estudio de investigación	<b>NO</b> quiero participar en este estudio de investigación

CAPS: .....

1.6 Anexo 6: Dictamen de evaluación y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud (CEIS)



**SECRETARIA DE COORDINACION GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD**

**Dirección Provincial de Capital Humano**

**Comité Provincial de Ética de la Investigación de la Provincia de Jujuy**

---

**Ref. “*Obesidad Infantil: su relación con conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación materna.*”**

San Salvador de Jujuy, 30 de octubre de 2020

Vienen a consideración de este Comité Provincial de Ética de la Investigación de la Provincia de Jujuy (CEIS), las presentes actuaciones por la que tramita la solicitud de intervención de competencia, efectuada por la **Lic. Gabriela Soledad Villagra**.

A fines de dar cumplimiento con lo dispuesto por Resolución 1480/11, “Guía para Investigaciones con Seres Humanos” a la que la Provincia de Jujuy adhiere según Resoluciones N° 1039-S-13 y N° 3-DGIS-12, el CEIS realiza el análisis y evaluación de los criterios metodológicos y éticos del Protocolo de Investigación. De las constancias de autos surge:

- El CEIS, considera que el proyecto tiene un gran valor social de importancia para las políticas de salud de la provincia de Jujuy.

### ***Aspectos Formales***

- El estudio es de alto valor social.
- La tesista que llevara a cabo la investigación cuenta con los recursos intelectuales para la realización de la misma.

### ***Aspectos Metodológicos***

- Se recomienda que la tesista prosiga con las pautas y recomendaciones realizadas por el comité evaluador de su tesis.

### ***Aspectos Éticos***

- No se encuentran objeciones en relación a los aspectos éticos.

En razón de lo expuesto, no existiendo conflictos de intereses en el delineado de los informes técnicos necesarios, este Comité decide **Aprobar** el protocolo presentado por **Lic. Gabriela Soledad Villagra**. Se recuerda que deberá regirse bajo las observaciones realizadas por el tribunal evaluador de su tesis. -

### **EVALUADORES**

Mag. Stella Garrido



Lic. Gladis Apaza

