



República Dominicana

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA - UNIBE

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina Familiar y Comunitaria

**IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO DE OBESIDAD
MEDIANTE SISTEMA DE PERCENTIL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES SOBRE HÁBITOS
ALIMENTICIO DE NIÑOS DE 5-14 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE
PEDIATRÍA. HOSPITAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA PERIODO ABRIL-
JUNIO 2025.**

Sustentantes:

Milagros Natali Gross Mendoza 22-1186

Michel Alexandra Zayas Ortega 22-1218

Asesor:

Dra. Sandra Morales

Dr. Carlos Lebreault Medina

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

**Julio 2025
Santo Domingo, Distrito Nacional**

IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO DE OBESIDAD MEDIANTE SISTEMA DE PERCENTIL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIO DE NIÑOS DE 5-14 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE PEDIATRÍA. HOSPITAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA PERIODO ABRIL-JUNIO 2025.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. El problema.....	8
1.1 Planteamiento del problema.....	8
1.2 Preguntas de Investigación	10
1.3. Objetivos.....	11
1.3.1. Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
1.4. Justificación.....	12
Capítulo 2. Marco Teórico.....	14
2.1 Antecedentes y Referencias	14
2.2 Marco Conceptual	22
2.2.1 Conceptualizaciones.....	22
2.2.2 Nutrición Infantil	25
2.2.3 Factores que intervienen en la nutrición infantil.....	26
2.2.4 Clasificación del estado nutricional	29
2.2.5 Malnutrición.....	30
2.3 Contextualización.....	32
Capítulo 3. Diseño Metodológico.....	34
3.1. Tipo de Estudio	34
3.2. Variables	34
3.2.1. Variables Dependientes.....	34
3.2.2. Variables independientes	34
3.2.3 Operacionalización de las Variables.....	35
3.3. Métodos y Técnicas de Investigación.....	37
3.4. Instrumento de Recolección de Datos.....	37
3.5. Población y muestra	37

<u>3.6. Criterios de Inclusión</u>	<u>38</u>
<u>3.7. Criterios de Exclusión</u>	<u>38</u>
<u>3.8 Procedimiento y Procesamiento de datos.</u>	<u>38</u>
<u>3.8.1 Análisis de Datos.....</u>	<u>38</u>
<u>3.9 Consideraciones Éticas</u>	<u>38</u>
<u>Capítulo IV. Presentación de los Nótese</u>	<u>40</u>
<u>Capitulo V.....</u>	<u>67</u>
<u>5.1 Discusión.....</u>	<u>67</u>
<u>5.2 Conclusión</u>	<u>70</u>
<u>Capitulo VI. Recomendaciones.....</u>	<u>71</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>72</u>

RESUMEN

Estudio cuantitativo, prospectivo y de corte transversal, con una muestra no probabilística a conveniencia de 102 niños de 5-14 años que asistieron a la consulta pediátrica del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana entre abril y junio de 2025, con el fin de identificar factores de riesgo de obesidad infantil y el grado de conocimiento parental sobre alimentación saludable. Mediante un cuestionario estructurado aplicado a padres/tutores y mediciones antropométricas se recogieron datos sociodemográficos, peso, talla, percentiles, hábitos alimenticios, actividad física y presencia de enfermedades crónicas en la familia. Los resultados revelaron que el 52 % de los escolares presentaba sobrepeso u obesidad, mientras que el 66 % se ubicó por encima del percentil 75 de crecimiento. No obstante, los hábitos alimenticios parcialmente adecuados dominaron en todos los estratos percentilares ($\approx 79\%$), y los inadecuados fueron más frecuentes en los percentiles bajos ($< 50\%$). El 87 % realizaba algún tipo de actividad física, pero sólo 59 % lo hacía diariamente. En cuanto al riesgo de obesidad, 61 % mostró riesgo moderado y 37 % alto; la distribución fue similar en ambos sexos, con ligera primacía masculina. Asimismo, el 71 % de los cuidadores exhibió conocimiento medio o alto sobre nutrición, aunque este nivel no se reflejó en prácticas dietéticas óptimas. Se observó asociación entre riesgo de obesidad y comorbilidades maternas como hipertensión y diabetes, lo que subraya la influencia del entorno familiar en la salud infantil. Estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones educativas integrales y políticas de prevención que involucren a padres y cuidadores.

Palabras clave: obesidad infantil, percentiles de crecimiento, hábitos alimenticios, actividad física, riesgo de obesidad, conocimiento parental, sobrepeso, enfermedades crónicas.

ABSTRACT

This quantitative, prospective, cross-sectional study assessed 102 children aged 5-14 years who attended the pediatric clinic at Dr. Marcelino Vélez Santana Hospital between April and June 2025. Its aim was to identify risk factors for childhood obesity and evaluate parental knowledge of healthy eating. Data were collected through a structured questionnaire for parents/guardians and anthropometric measurements, capturing sociodemographic variables, weight, height, growth percentiles, dietary habits, physical activity, and family history of chronic diseases. Findings showed that 52 % of the children were overweight or obese, while 66 % ranked above the 75th growth percentile. Partially adequate eating habits predominated across all percentile groups (≈ 79 %), and inadequate habits were most common below the 50th percentile. Although 87 % engaged in some form of physical activity, only 59 % did so daily. Regarding obesity risk, 61 % exhibited a moderate risk and 37 % a high risk, with a slight male predominance. Seventy-one percent of caregivers had medium or high nutrition knowledge, yet this did not translate into optimal dietary practices. A clear association emerged between obesity risk and maternal comorbidities such as hypertension and diabetes, underscoring the influence of the family environment on child health. Overall, the results highlight the urgent need for comprehensive educational interventions and preventive policies that actively involve parents and guardians.

Keywords: childhood obesity, growth percentiles, dietary habits, physical activity, obesity risk, parental knowledge, overweight, chronic diseases.

Introducción

La obesidad infantil constituye uno de los problemas de salud pública más alarmantes a nivel mundial, caracterizándose por el aumento en el tamaño y número de las células grasas del cuerpo, provocado por múltiples factores como una alimentación inadecuada, el sedentarismo, ciertos tratamientos farmacológicos e incluso la predisposición genética. Este trastorno, definido clínicamente mediante el índice de masa corporal (IMC) ajustado a la edad y el sexo, es considerado crónico debido a su estrecha relación con enfermedades graves como la diabetes tipo 2, las patologías cardiovasculares e incluso algunos tipos de cáncer. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad infantil se han triplicado desde 1975. Diez años atrás, más de 340 millones de niños y adolescentes entre 5 y 19 años presentaban esta condición. Contrario a la percepción inicial de que era una problemática propia de países desarrollados, su prevalencia ha aumentado significativamente en naciones de ingresos bajos y medianos, especialmente en zonas urbanas, alcanzando un incremento preocupante del 4% al 18% en solo cuatro décadas. En América Latina, esta tendencia es aún más crítica: la región presenta las tasas más altas de obesidad infantil dentro del marco de la OMS, con una prevalencia del 33,6% en niños de 5 a 19 años y del 8% en menores de cinco años, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2, 3)

Ante este panorama, se hace imprescindible desarrollar estrategias de prevención y detección temprana en los entornos pediátricos. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar a la población infantil en riesgo de obesidad, a través del análisis de percentiles de crecimiento y desarrollo y la evaluación del nivel de conocimiento que poseen los padres/tutores sobre hábitos alimenticios. La investigación se llevará a cabo en niños de 5 a 14 años que asisten a consulta en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio del 2025, con el propósito de aportar datos relevantes que orienten intervenciones eficaces desde el ámbito familiar y clínico.

Capítulo 1. El problema

1.1 Planteamiento del problema

El crecimiento y desarrollo infantil son procesos fundamentales que determinan el estado de salud presente y futuro del niño. Estos procesos pueden verse comprometidos por diversos factores genéticos, ambientales, hormonales, conductuales y, sobre todo, nutricionales. En la actualidad, uno de los desafíos más significativos en el ámbito pediátrico es el aumento sostenido de la obesidad infantil, una condición multifactorial que afecta negativamente la calidad de vida y predispone a enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial y disfunciones metabólicas. (4, 5)

En los últimos años, el sobrepeso y la obesidad en la población pediátrica han alcanzado proporciones alarmantes, particularmente en contextos urbanos donde predominan estilos de vida sedentarios y una alimentación hipercalórica. Esta problemática, que en el pasado se asociaba a países de altos ingresos, ahora tiene una alta prevalencia en países de ingresos bajos y medios, como es el caso de muchas regiones de América Latina y el Caribe. Uno de los aspectos críticos que inciden en esta situación es el desconocimiento o bajo nivel de información que tienen los padres/tutores o cuidadores sobre una nutrición infantil adecuada, lo cual influye directamente en la formación de hábitos alimenticios poco saludables en los menores. (6)

En este sentido, es necesario identificar a los niños que presentan riesgo de obesidad, utilizando herramientas objetivas como el sistema de percentiles de crecimiento/desviación estándar y desarrollo, en conjunto con la evaluación del nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre prácticas alimentarias. Esta identificación temprana permitiría implementar estrategias preventivas oportunas desde los servicios de salud, escolaridad y hogar, con enfoque en la educación familiar y comunitaria. En el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, no se cuenta con datos actualizados que integren estos dos elementos de forma conjunta, lo cual representa una limitación para

la detección y abordaje integral del problema

Por lo que nos surge la siguiente pregunta.

¿Cuál es la población infantil en riesgo de obesidad, mediante el uso del sistema de percentil de crecimiento y desarrollo y nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre hábitos alimenticios de niños de 5 a 14 años que acuden a consulta de pediatría Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana período abril-junio 2025. ?

1.2 Preguntas de Investigación

- 1 ¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 5 a 14 años que asisten a la consulta de pediatría?
- 2 ¿Cuáles son los hábitos alimenticios predominantes en los niños de la población en estudio?
- 3 ¿Qué enfermedades no transmisibles están presentes en la familia de la población en estudio?
- 4 ¿Cómo se pueden fomentar hábitos alimentarios saludables en los padres/tutores que acuden a la consulta de pediatría?
- 5 ¿Cual en el nivel de actividad física de la población en estudio?
- 6 ¿Cuáles son los principales factores socioculturales que influyen en el conocimiento y practicas alimenticias de los padres o tutores?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General

Identificar la población infantil en riesgo de obesidad mediante sistema de percentil de crecimiento y desarrollo y nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre hábitos alimenticio de niños de 5-14 años que acuden a consulta de pediatría. Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana periodo abril-junio 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1 Identificar el estado nutricional de niños entre 5-14 años
- 2 Identificar hábitos alimenticios que tienen los niños de la población en estudio
- 3 Verificar el nivel de actividad física de la población en estudio.
- 4 Determinar enfermedades no transmisibles asociadas al sobre peso y obesidad de población estudiada
- 5 Analizar la asociación entre el nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre hábitos alimenticios y riesgo de obesidad en sus hijos.
- 6 Identificar los principales factores socioculturales que influyen en el conocimiento y practicas alimentarias de los padres/tutores.
- 7 Promover hábitos alimentarios en los padres/tutores que acuden a la consulta de pediatría.

1.4. Justificación

La obesidad infantil representa una amenaza creciente para la salud pública a nivel mundial, regional y local. Su impacto va más allá del aspecto físico, afectando también el desarrollo emocional, social y cognitivo del niño. La evidencia científica demuestra que la acumulación de grasa corporal en la niñez incrementa de forma significativa el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que desde 1975 que el porcentaje de la población infantojuvenil con exceso de peso ha aumentado más del 300%, afectando a más de 340 millones de personas entre los 5 y 19 años, lo que pone en evidencia la urgencia de actuar. (7)

En América Latina, la situación es particularmente preocupante, con un 33,6% de niños y adolescentes entre 5 y 19 años afectados por esta condición, siendo una de las regiones con mayor prevalencia. Esta problemática está asociada, en muchos casos, a estilos de vida urbanos caracterizados por el sedentarismo, la alta disponibilidad de alimentos ultra procesados, y una cultura alimentaria poco saludable. No obstante, uno de los factores más determinantes es el nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre nutrición infantil, dado que los niños dependen completamente de los adultos para la selección, preparación y consumo de alimentos.

En este contexto, la presente investigación busca identificar la población infantil en riesgo de obesidad mediante el sistema de percentiles de crecimiento/desviación estándar y desarrollo, así como evaluar el nivel de conocimiento de los padres/tutores respecto a los hábitos alimenticios de sus hijos de entre 5 a 14 años que acuden a consulta de pediatría en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, durante el periodo abril-junio 2025. Esta combinación de factores permitirá contar con una visión integral del problema, facilitando la detección temprana y el diseño de estrategias efectivas de intervención.

La relevancia de este estudio radica en su capacidad para generar información valiosa

que sirva de base para la toma de decisiones dentro del sistema de salud, especialmente en lo que respecta al incentivo de hábitos beneficiosos para la salud desde la infancia. Además, permitirá orientar acciones de educación nutricional dirigidas a padres/tutores y cuidadores, fortaleciendo así su rol como agentes protectores del bienestar de los niños. Con ello, se contribuye a prevenir complicaciones a corto y largo plazo, mejorar el bienestar general infantil, y reducir la carga de enfermedades crónicas en la población dominicana.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Antecedentes y Referencias

Caicedo D (2022). estudio de tipo cualitativo, descriptivo, donde se recopila información relevante vinculada al descriptor en estudio, por eso la modalidad es tipo documental y descriptiva, transversal y observacional porque se le y observa información relevante de momento y se describe y señalan procedimientos como modelos para otras investigaciones. Nótese: Ecuador, como nación latinoamericana, evidencia una situación alimentaria y nutricional con alto potencial de desarrollo, amplias oportunidades y capacidades socioeconómicas, indispensables para responder a las demandas nutricionales de su población. No obstante, la información relacionada con el estado nutricional de los niños refleja el nivel de avance del país, mostrando una disminución considerable en la tasa de retraso en el crecimiento. Esta condición sigue siendo más frecuente en comunidades indígenas, debido a factores sociales como la mortalidad infantil, la pobreza extrema, la falta de recursos y el bajo nivel educativo Conclusiones: Calcular los niveles de desnutrición y exceso de peso mediante comparaciones basadas en los percentiles internacionales (WHO) y los de Estados Unidos no representa con precisión la realidad de una población cuya condición difiere significativamente de dichos estándares de referencia. Por esta razón, el esfuerzo de llevar a cabo estudios que permitan desarrollar parámetros propios a nivel nacional es valioso y evidencia las particularidades de cada grupo poblacional. (7)

Murillo-Zavala A, et al (2024). El estudio se desarrolló bajo un diseño documental, de tipo descriptivo y explicativo, con base en una revisión bibliográfica sistemática. La técnica de búsqueda incluyó bases de datos científicas como Google Académico, Scielo, PubMed, BVS/Lilacs, Medigraphic y Dialnet, además de fuentes institucionales como la OMS, OPS, CDC y el Ministerio de Salud Pública (MSP). Se utilizaron palabras clave relacionadas con obesidad infantil, causas, factores de riesgo y complicaciones, empleando operadores booleanos ("AND", "OR") para mejorar los Nótese. Nótese: Las

causas más comunes de la obesidad infantil incluyen: alto consumo de alimentos calóricos, sedentarismo, falta de lactancia materna, antecedentes familiares, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo materno, y alto peso al nacer. También se identificaron factores geográficos y culturales como el entorno urbano y el marketing de productos alimenticios no saludables (packaging). En cuanto a los tipos de obesidad, se clasifican en Tipo I, II y III (ligera, grave, mórbida), según el índice de masa corporal (IMC) y los percentiles de crecimiento establecidos por la OMS. Conclusión: La obesidad infantil está influenciada por múltiples factores interrelacionados: culturales, socioeconómicos, familiares y conductuales. La obesidad tipo I fue la más prevalente. Esta condición representa una gran problemática de salud pública debido a su asociación con enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y síndrome cardiometabólico, incluso desde etapas tempranas de la vida. (8)

Roca-Reina Z, et al (2022). se localizaron 568 artículos y, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron cuatro sistemas/criterios aplicables para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la población española. Nótese: El estudio de los criterios seleccionados ha mostrado diferencias en la población utilizada para su desarrollo, en las edades para las que se recomiendan, en los criterios utilizados para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, y también en el tipo y la cantidad de medidas necesarias para realizar un diagnóstico correcto. Conclusión: Todos los sistemas tienen tanto ventajas como limitaciones por lo que en cada estudio específico conviene analizar cuál es el criterio más adecuado para la población estudio según sus objetivos. (9)

Marcas Yupanqui F, et al (2023). Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo correlacional, retrospectiva y de corte transversal en el año 2023 en la I.E. Mario Sánchez Mayta. En el estudio participaron 47 niños menores de 5 años junto a sus correspondientes cuidadores. Se recolectaron sus medidas antropométricas con el fin de evaluar el estado nutricional de los menores y se aplicó un cuestionario a los cuidadores para conocer su nivel de conocimientos en nutrición infantil. Se utilizó la

prueba de Chi-cuadrado para el análisis de frecuencias; y para evaluar la asociación entre el conocimiento sobre nutrición infantil de los padres/tutores y el diagnóstico nutricional de sus hijos, se realizó un modelo de regresión logístico binomial y un modelo de regresión ordinal. Nótese: Se identificó una relación significativa entre el nivel de conocimientos en nutrición infantil de los cuidadores y la condición nutricional de los menores, donde los niños cuyos cuidadores presentaban un mayor nivel de conocimientos en nutrición tenían 0.56 veces más posibilidades de contar con un diagnóstico nutricional adecuado, en comparación con aquellos cuyos cuidadores tenían un nivel de conocimientos limitado. Conclusiones: Poseer escasos conocimientos en nutrición representa un factor de riesgo para la aparición de malnutrición, ya sea por déficit o por exceso, en comparación con un estado nutricional adecuado. (10)

Flores M, et al (2023). estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptiva, transversal y prospectiva, se determinó como población de estudio a los estudiantes de una institución educativa privada, de ambos sexos, de 10 a 13 años. Se utilizó un pictograma para conocer la percepción de los padres/tutores y se midió la altura y el peso de los niños para calcular el incremento de masa corporal, en junio de 2023. Nótese: Predominó el sexo biológico hombre (54,5%), con una edad media de 10,88 años $DS \pm 0,75$, la media de índice de masa corporal fue de 23,93 kg/mt² ($DS \pm 4,33$) en hombres y de 23,13kg/mt² ($DS \pm 3,97$) en mujeres. Aunque 31 estudiantes (27,7%) tenían sobrepeso, sólo seis padres/tutores eligieron este estado de peso; 53 estudiantes tenían obesidad (47,3%) y 25 padres/tutores subestimaron el peso de sus hijos con peso normal. Conclusión: La percepción errónea de los padres/tutores al subestimar el peso de sus hijos/as no se asocia con el IMC ($p > 0,05$) de los estudiantes. El nivel de educación primaria de los padres/tutores fue un predictor del incremento de masa corporal de sus hijos/as (p -valor 0,038). Esta percepción distorsionada de los padres/tutores del peso de sus hijos/as parece ser un fenómeno generalizado en la población de estudio.(11)

Ministerio de Salud, (2024) la Encuesta Nacional de Micronutrientes 2024, ejecutada

entre el 22 de febrero y el 14 de junio en tres fases, incluyó 3 760 participantes: 2 193 estudiantes de 88 escuelas, 881 mujeres en edad fértil y 686 niños menores de 6 años. Los Nótese reflejan una persistencia de sobrepeso y obesidad entre escolares catalogada como “alta”, con un 4.8 % de obesidad severa en el grupo de 6 a 14 años. Se destacó la necesidad de fortalecer programas de alimentación escolar, incluyendo agua potable y normas sanitarias. La encuesta sirve como base para diseñar políticas interinstitucionales de salud pública orientadas a mejorar la nutrición infantil. (12)

Ma J et al (2020) este estudio transversal multinacional incluyó a 4 740 niños de 9 a 11 años de 12 países. Evaluó la asociación entre la lactancia materna y la obesidad infantil midiendo obesidad general, central y grasa corporal. La prevalencia global fue 12.3 % (obesidad), 9.9 % (central) y 8.1 % (alta grasa). La lactancia materna se asoció con menor riesgo de obesidad: los odds para distintos tiempos de lactancia fueron 0.74 (1–6 meses), 0.70 (6–12 meses) y 0.60 (>12 meses) respecto a no amamantados (P tendencia=0.020). La relación se atenuó tras ajustar por IMC materno, lo que sugiere influencia materna. Concluye que la lactancia protege contra la obesidad infantil, especialmente de larga duración.(13)

Ministerio de Salud Pública, (2024) estudio transversal entre noviembre 2021 y junio 2022, con 6 826 estudiantes de 5–18 años en 53 centros escolares del PAE. Se observó baja actividad física (solo el 6.1 % cumplía con 60 min diarios) y dieta poco saludable en el 44.6 %. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue del 31 %, mientras que el infrapeso alcanzó el 3.1 %. Solo un tercio mantenía una dieta saludable y el consumo regular de frutas, verduras y leche fue insuficiente (<35 %). Se recomendaron refuerzos educativos y nutricionales, mejorar el PAE para incrementar consumo saludable, y fomentar actividad física en escolares y sus familias. (14)

OPS/OMS (2024) la OPS/OMS destaca que la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial causada por desequilibrios energéticos. Recomienda políticas que promuevan entornos alimentarios saludables, etiquetado frontal, impuestos a bebidas azucaradas y regulación de publicidad dirigida a menores. Aconseja intervención

temprano: alimentación infantil, promoción de lactancia materna y actividad física. Resalta enfoque multisectorial e integral: coordinar salud, educación, agricultura, urbanismo. Fomenta vigilancia y monitoreo continuos mediante sistemas de indicadores robustos. Además, promueve inclusión de salud pública en acuerdos comerciales y campañas educativas. El documento subraya la necesidad de centros escolares como epicentros para prevención de obesidad, resaltando que la intervención desde la infancia reduce el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. (15)

Matias S, et al (2023) investigación que exploró la relación entre prácticas de lactancia materna (exclusiva y mixta) y riesgo de obesidad infantil. Estudio de cohorte multicéntrico con seguimiento hasta los 5 años de edad. Los Nótense mostraron que lactancia materna exclusiva ≥ 6 meses se asoció a un 30 % menor riesgo de obesidad (OR ≈ 0.70 , IC 95 % 0.55–0.90), mientras que la mixta mostró efecto intermedio. El estudio controló por factores como educación materna, ingesta de productos ultraprocesados y actividad. Concluye recomendando promoción de lactancia exclusiva como herramienta efectiva de prevención en políticas de salud pública. (16)

WHO (2024) reporto que, en República Dominicana, la tasa de ocurrencia del sobrepeso y la obesidad ha aumentado progresivamente. Para 2025, se predice que el 68 % de los adultos tendrán un IMC elevado (≥ 25), y un 32 % vivirán con obesidad. Se proyecta que en 2030 habrá más de 5.7 millones de adultos con IMC alto. Entre 2010 y 2030, los casos de obesidad severa (IMC ≥ 35) casi se triplicarán. En 2021, el exceso de peso causó 3,516 muertes prematuras y más de 82,000 años-persona con enfermedades no transmisibles como diabetes tipo 2, enfermedades cardíacas y cáncer. (17)

Conde M, et al (2021). Se llevo a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección retrospectiva de datos. En donde se analizaron 150 expedientes con diagnóstico de obesidad y sobrepeso que acudieron a la unidad de endocrinología, de los cuales 54 cumplieron con los criterios de inclusión. Para la

obtención de los datos se elaboró un cuestionario, el cual contenía 12 preguntas cerradas, y un cuadro con las analíticas de laboratorio empleadas en las variables de estudio, utilizando los valores de referencia del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. De los 46 pacientes que recibieron lactancia materna solo 4 fueron de forma exclusiva por 6 meses, representando un 9%, un gran porcentaje de los pacientes recibieron la lactancia junto con fórmula. De los 54 pacientes obesos y con sobrepeso 33 presentaron alteraciones en las analíticas de laboratorio, lo que representa el 96.1%. En su mayoría las alteraciones estaban asociadas a hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, además mostraban un patrón caracterizado por LDL alto y HDL bajo. Solo 2 pacientes presentaron disminución del hematocrito y hemoglobina, los cuales nunca recibieron lactancia materna. Solo 1 paciente presentó hiperglicemia. (18)

Paez J, et al (2022) participaron 235 padres/tutores de niños con edades entre los seis y 10 años, clasificados en tres grupos según IMC (bajopeso, normopeso y sobrepeso/obesidad). Se evaluó y clasificó el IMC y se aplicó un cuestionario de conocimientos, hábitos y frecuencia alimentaria a los padres/tutores. Nótese: Se evidenció que padres/tutores de los niños bajo peso presentan mejor nivel de conocimiento que los de niños normopeso y sobrepeso/obeso ($p=.00$) y que los padres/tutores de los niños normopeso tienen mejor nivel de conocimiento que los de niños sobrepeso/obeso ($p=.00$), en todos los grupos se informa una frecuencia disminuida en el consumo de agua, queso y comidas rápidas y una alta frecuencia de frutas y vegetales, carnes blancas y rojas. El grupo sobrepeso/obesidad presentó el mayor porcentaje de niños que ven televisión cuando se alimentan. Conclusión: Existe una disminución en el grado de conocimiento de los padres/tutores a medida que aumenta el IMC de sus hijos, se evidencia una alta ingesta de alimentos saludables, lo que no se condice con los altos niveles de sobrepeso/obesidad en los infantes. (19)

García L (2023) estudio con enfoque cuantitativo de tipo básica, de alcance descriptivo, de diseño no experimental, la muestra fue de 99 madres, el instrumento fue cuestionario de COAFALI adaptado por García. Nótese: El 53,5% de las madres de preescolares tenían un conocimiento alto sobre acciones preventivas frente al

sobrepeso y obesidad infantil, el 40,4% un conocimiento medio y el 6,1% un conocimiento bajo, el 98,4% de las madres se encontraban en el rango de 20 a 25 años, el 50,5% tenían secundaria, un 63,6% eran amas de casa, el 40,4% estaban casadas y el 78,8% procedían de la costa, el 48,5% de las madres tenían un nivel de conocimiento medio sobre las generalidades de la obesidad infantil, el 80,8% un nivel de conocimiento medio sobre la alimentación saludable y el 67,7% con un nivel de conocimiento alto sobre la actividad física. Conclusión: Las madres tienen un nivel de conocimiento alto sobre la prevención de la obesidad infantil en el centro educativo de Pimentel, destacó en un nivel medio, el conocimiento en las dimensiones generalidades de la obesidad infantil y alimentación saludable y un conocimiento alto en la actividad física. (20)

Pérez P (2023) actualmente uno de los problemas más significativos de salud en educación primaria son el sobrepeso y la obesidad. La alimentación saludable y realización de actividad física regular son factores esenciales para su prevención, por lo que se ha diseñado esta propuesta educativa para la mejora de los hábitos saludables entre los escolares, con la finalidad de concientizar a los mismos en cuanto a la importancia de llevar rutinas físicamente activas. La propuesta consta de diez sesiones dirigidas específicamente para el alumnado de primer ciclo, que incluyen una variedad de actividades orientadas a fomentar tanto una adecuada alimentación como la práctica cotidiana de ejercicio físico. Por tanto, se recomienda incluir estrategias educativas que ayuden a los escolares y a las familias a mejorar los hábitos saludables, así como generar adherencia en las diferentes etapas evolutivas. (21)

Ríos E (2025) estudio de diseño descriptivo y transversal, mediante encuesta a pacientes de la consulta externa de la UMF 61, sobre el estatus de las diversas variables planteadas en el proyecto, que contenía el IMC, los factores familiares asociados a la obesidad infantil, en los cuales se aplicó un cuestionario de opción múltiple a cada factor tomado en cuenta en este estudio en familias de niños de 6 a 12 años adscritos a UMF 61 y se analizó con medidas de tendencia central; además de proporciones representadas en cuadros y gráficas. Nótese. Se efectuaron 212

encuestas, que correspondieron a niños del sexo masculino 54% (114), con promedio de edad de 9 ± 2 años; el 59% (125) presentaron obesidad Grado I, la familia acude a comer fuera de casa de 1 a 2 ocasiones por semana semana en 53% (112), se transportan en bus en 59% (125), ven TV por 2 a 4 hs. 59% (125), es menor a una hr. de ejercicio diario en 67% (142) y 54% (114) pertenece a una familia nuclear. Conclusión. El sedentarismo reflejado en horas de ver TV, menos ejercicio en la familia y el ausentismo de los padres/tutores fueron los factores encontrados en este grupo de niños con obesidad. (22)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Conceptualizaciones

La nutrición está integrada por un complejo sistema en el que interaccionan el ambiente, este influye en la selección de alimentos, frecuencia de consumo, tipo de gastronomía, tamaño de las raciones, horarios, entre otros, el agente como el agua, energía y nutrientes y el huésped, es decir, el niño con sus características fisiológicas. Si en el adulto la nutrición tiene por objeto el mantenimiento de las funciones vitales y la producción de energía en su sentido más amplio, en el niño adquiere una dimensión mayor, al ser el factor determinante del crecimiento e influir de forma importante en el desarrollo.

Estado nutricional: condición física y biológica de una persona como resultado de su régimen alimentario, nutrición, estilo de vida, condiciones sociales y condiciones de salud (23).

Evaluación del estado nutricional: Permite identificar las alteraciones nutricionales por exceso y por defecto, y posibilita el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico. Una valoración del estado nutricional completa debe incluir la realización de la historia clínica – nutricional, incluyendo la valoración dietética, una correcta exploración y estudio antropométrico, y la valoración de la composición corporal (31).

Historia clínica/nutricional: Documento donde se debe recabar datos sociofamiliares, antecedentes patológicos y antropometría de padres/tutores y hermanos, así como datos de la gestación, medidas antropométricas al nacimiento, evolución del crecimiento con la edad, antecedentes patológicos y anamnesis (23).

Historia dietética: Se incluyen la evolución de la alimentación durante el tiempo vida, la conducta alimentaria, del apetito y de los hábitos de vida, incluyendo el ejercicio físico. El estudio dietético nos permitirá aproximarnos a la ingesta real actual del

paciente, en macro y micronutrientes, y detectar desviaciones sobre lo recomendado. En caso se disponga de poco tiempo, se puede hacer una aproximación analizando: el patrón de consumo habitual, frecuencia de consumo semanal por grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados y si consume suplementos vitamínicos y minerales (23).

Examen físico: Constituido principalmente por la valoración de las mediciones antropométricas. Ya que estas son las mejores herramientas para la valoración clínica del crecimiento físico del niño o niña, el cual representa un proceso complejo y dinámico que depende de múltiples factores de salud, nutricionales, ambientales y genéticos (32).

Antropometría: Es un indicador objetivo que tiene como propósito cuantificar la variación en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano en diferentes edades y con distintos grados de nutrición (22).

Peso: El peso corporal valora la masa del organismo y es el resultado de la distribución de sus diversos componentes: la masa magra o muscular, la masa grasa o adiposa, la masa esquelética, la masa visceral y el agua corporal total (22).

Talla: representa la suma de longitud de los segmentos y subsegmentos corporales, puede utilizarse como punto de referencia al analizar la proporcionalidad del cuerpo (22).

Puntaje Z: Número de desviaciones estándar que tienen un valor con respecto a la medida de una distribución determinada (33).

Percentil: Valor de una variable que se refiere a la posición de un individuo en una distribución de referencia determinada (21).

Malnutrición: Desequilibrio en la ingesta calórica y de nutrientes en una persona, tanto como en exceso o carencias (27).

Emaciación: Consiste en una insuficiencia de peso respecto a la talla, suele indicar una pérdida de peso causada, es decir que se ha producido recientemente porque no se ha comido lo suficiente o se tiene una enfermedad infecciosa, siendo un ejemplo frecuente las enfermedades diarreicas que provocarían la pérdida (34).

Retraso del crecimiento: Denominado también como talla inferior respecto de la edad; puede ser el resultado de una desnutrición crónica o recurrente, por lo general asociado a condiciones socioeconómicas incipientes, déficit de nutrientes, falta de un patrón saludable de la familia, principalmente de los tutores y los antecedentes patológicos del niño (34).

Insuficiencia ponderal: Es el bajo peso para la edad del menor, siendo resultado de una alimentación insuficiente, desnutrición crónica o enfermedad congénita o recurrente (35).

Obesidad y sobrepeso: Son definidas como el acumulo aumentado de grasa corporal y generalmente se evalúa mediante indicadores indirectos de grasa corporal a partir de medidas antropométricas simples. El concepto de obesidad también tiene en cuenta una condición metabólica, física y psicológica además de un simple aumento del tejido adiposo. Más allá de las complicaciones, se deben conocer los diferentes grados y tipos de obesidad que inciden especialmente en esta comorbilidad. El grado de obesidad viene determinado por la estimación directa e indirecta de la masa grasa y, por otro lado, su distribución determina el tipo de obesidad: central, periférica, intraabdominal, etc (36).

Estimar el peso mediante un simple examen (relación peso/talla) tiene la ventaja de determinar si el excedente de peso se debe a la grasa o al agrandamiento de otros

tejidos (músculos, hinchazón, huesos, etc.), pero tiene el inconveniente de que refleja la masa de todo el cuerpo. En un niño obeso, entre el 10 y el 50% del exceso de peso se encuentra en el tejido magro. El IMC en los niños varía con la edad, aumentando durante el primer año, para después disminuir y volver a aumentar después de los 6 años (37).

2.2.2 Nutrición Infantil

La nutrición infantil contribuye al peso saludable, estilo de vida y el bienestar, la buena defensa por parte del sistema inmune y la protección contra la cronicidad de algunas enfermedades y la muerte precoz. Una nutrición óptima es esencial para el crecimiento normal, desarrollo físico y cognitivo de los niños (4). Por el contrario, algunos alimentos y bebidas no forman parte de una dieta saludable y son demasiado altos en grasas saturadas y/o con azúcares añadidos o sal añadida y bajos en fibra. Estas opciones deben limitarse en las dietas de los infaantes y no ser tomadas como recompensa (6)

Requerimientos nutricionales

Los escolares aún están en periodo de crecimiento por lo que las cantidades requeridas en un niño serán diferentes a las del adulto, aunque las características cualitativas de la nutrición del niño y adulto son las mismas. Los carbohidratos y las grasas proporcionan energía para el crecimiento y poder realizar la actividades diarias, mientras que las proteínas forman y reparan los tejidos del cuerpo por lo que son esenciales para un crecimiento saludable. Por ello, se recomienda que todos los escolares consuman alimentos ricos en proteínas, como carne, pescado o aves (2 a 3 porciones al día), además de leche y productos lácteos, que también son buena fuente de proteínas (6). Toda la energía (requerimiento calórico), componentes básicos (aminoácidos y ácidos grasos), vitaminas y minerales son llevados al organismo por medio de los nutrientes ingeridos en la dieta.

Por otra parte, el requerimiento de cada uno cambia dependiendo del ambiente donde

vive el individuo y su actividad diaria. Los valores sugeridos en expresión numérica del requerimiento se dan de acuerdo con la edad, superficie corporal(m²), peso (kg) y altura(cm) del individuo. Desde los tres años, se necesita información sobre la altura y la actividad física para calcular las necesidades energéticas; por lo tanto, no se puede hacer una estimación general en este contexto.

En cuanto a los alimentos y bebidas, estas se deben proporcionar en formas fáciles de manejar, con utensilios de tamaño apropiado, como las tazas fáciles de sostener; y ofrecer porciones más pequeñas que pueden ser más eficaces para los niños pequeños. El logro de terminar el plato y la autonomía para pedir más pueden ayudar con una mayor tasa de éxito al momento de la comida y la merienda.

2.2.3 Factores que intervienen en la nutrición infantil

El entorno familiar y los cuidadores

Varios estudios se centran en las influencias ambientales del entorno del hogar. Los padres/tutores juegan un rol fundamental en la formación de los hábitos alimenticios de sus dependientes y son importantes guardianes del comportamiento de los niños (17).

Especialmente durante la infancia escolar, adquirir el hábito de realizar actividad física de manera regular, que sea apropiada para la edad, también es esencial junto con la nutrición para mantener una vida saludable en esta etapa. La capacidad del niño para elegir alimentos, la probabilidad de ser influenciado por amigos y su tendencia a saltarse las comidas son áreas en las que el control de los padres/tutores es fundamental (6). Además, la responsabilidad de los padres/tutores para que la alimentación resulte en un tiempo placentero y gratificante incluye: la elección de alimentos, el establecimiento de las horas de comida, la creación de ambientes favorables para la hora de comer con componentes físicos apropiados que sean libres de distracciones, en especial dispositivos electrónicos y el interés por aprender acerca de las porciones adecuadas de los niños, al igual que el momento de la comida (4).

Dentro de la escuela

Las escuelas son una plataforma comprobada para la entrega de intervenciones nutricionales (es decir, educación nutricional, asesoramiento, apoyo y servicios) además, ofrecen beneficios adicionales para los niños nutricionalmente vulnerables, ya que pueden promover dietas nutritivas e impartir conocimientos relacionados mediante la educación basada en habilidades, especialmente cuando están respaldadas por políticas de apoyo que ayudan a crear entornos propicios para la conciencia de los principios de una buena nutrición (18).

En nuestro país el Programa Nacional de Alimentación Escolar “Qali Warma” garantiza los alimentos de los estudiantes de colegios públicos del país durante el año escolar, de acuerdo con las cualidades de la zona donde viven. Teniendo como objetivo mejorar la atención de los estudiantes durante las horas de clases, el aprendizaje, la asistencia escolar y los hábitos alimenticios, así como promover la participación y la corresponsabilidad de la comunidad local (19).

Estado socioeconómico

Diversos estudios relacionan el estado socioeconómico del niño y su estado nutricional, asociando directamente puntuaciones del patrón de dieta poco saludables con aquellos grupos de nivel socioeconómico más bajo, como en el estudio realizado por Domínguez et col que incluía 8 países en la investigación (20).

Antropometría

La evaluación antropométrica para niños y adolescentes implica el uso de estándares de crecimiento y/o referencias del crecimiento para la evaluación de este, el estado nutricional y bienestar. Un patrón de crecimiento que se encuentre dentro de los estándares refleja un crecimiento óptimo (21).

Toma del peso

Para su evaluación es necesario considerar la edad, sexo y un estándar de referencia. Es recomendable cuantificarlo cada tres a seis meses. El peso se puede evaluar de tres maneras: peso para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal (22).

Para una correcta realización se precisa de cierta metodología, además, es recomendable realizar la toma de medida antes del desayuno: se debe procurar que el menor este con la menor cantidad de ropa o desnudo, y que tenga la vejiga y recto vacíos, parado en el centro de la base de la báscula y manteniéndose inmóvil durante la medición. La persona que tome la medición deberá vigilar que el sujeto no este apoyado en ningún objeto cercano (22).

Toma de la talla

Para la estatura o longitud en decúbito (distancia vértice hasta el calcáneo) se precisa de cierta metodología: el niño (menor de dos años) debe estar acostado sobre una superficie dura y con un dispositivo graduado. La línea media del cuerpo deberá coincidir con la línea media de la mesa de medición, piernas extendidas y brazos descansando lateralmente. El acompañante apoyará la planta de ambos pies en el borde fijo de la superficie horizontal, el medidor deslizará la barra del infantómetro hasta el borde de la cabeza sostenida en el plano de Frankfurt, con una tracción a nivel de los ángulos de las ramas horizontal y vertical de la mandíbula y de las apófisis mastoides se logrará la máxima extensión fisiológica. Por otra parte, para niños mayores de dos años, la estatura o talla mide la distancia del vértice al suelo. El menor descalzo, de pie con los talones unidos, piernas rectas, columna en extensión, hombros relajados, deberá estar pegado a la superficie vertical donde se sitúa el estadímetro. La cabeza en plano de Frankfurt (el canto externo del ojo debe estar al mismo nivel que la implantación superior del pabellón auricular) y el medidor bajará la barra móvil, en tanto, la medición se realizará con una tracción gentil pero firme de la cabeza hacia arriba alcanzando así la máxima extensión fisiológica (23).

Uso de percentiles y puntaje Z

Los percentiles y los puntajes Z en medidas antropométricas se han utilizado ampliamente para ayudar a evaluar el estado nutricional y el crecimiento de los niños y adolescentes (21). El uso de puntajes Z es recomendado por las siguientes razones: se calculan mediante la distribución de la población, por lo que refleja la distribución de referencia; y como medidas estandarizadas son comparables entre la edad, sexo, etc.; además, puede estar sujeto a estadísticas resumidas como la media y la desviación estándar (DE) y puede estudiarse como una variable continua; por último puede cuantificar el estado de crecimiento de los niños fuera del rango del percentil (21). Sin embargo, el uso de percentiles es más fácil de entender y utilizar en la práctica, tanto por profesionales de la salud (médicos pediatras, enfermeras, nutricionistas), como por el público en general (21).

2.2.4 Clasificación de obesidad en la niñez

La clasificación de la obesidad infantil se ha actualizado recientemente para reflejar la creciente proporción de niños con índices de masa corporal (IMC) muy por encima de los valores históricos. Desde 2023, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) publicaron las Extended BMI-for-Age Growth Charts, incorporadas de inmediato por la Academia Americana de Pediatría (AAP) en su guía clínica de 2023, con la finalidad de precisar el diagnóstico y orientar decisiones terapéuticas.

Estas gráficas mantienen los puntos de corte clásicos de la CDC para sobrepeso (\geq percentil 85 y $<$ 95) y obesidad (\geq p 95), pero añaden dos niveles de severidad. La obesidad clase II se define ahora como un IMC \geq 120 % y $<$ 140 % del p 95 correspondiente a edad y sexo, o bien \geq 35 kg/m² cuando esa cifra se alcance antes de los 18 años. La obesidad clase III corresponde a un IMC \geq 140 % del p 95 o \geq 40 kg/m². En ambos casos se conserva el rango de 2 a 19 años de edad, lo que favorece la continuidad del seguimiento pediátrico y adolescente.

La AAP adoptó esta estratificación porque las clases II y III concentran el mayor riesgo cardiometabólico: hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2 y apnea obstructiva del sueño aparecen con más frecuencia y a edades más tempranas. Además, la guía vincula la clasificación con acciones concretas: intervenciones conductuales intensivas desde los 6 años, indicación de fármacos desde los 12 y valoración bariátrica a los 13 en clase III o clase II con comorbilidades graves.

La adopción del sistema extendido tuvo repercusión inmediata en codificación sanitaria: en 2024-2025 se incorporaron códigos ICD-10-CM específicos para las clases II y III, facilitando la facturación y la vigilancia epidemiológica de los casos más severos. Esta granularidad también mejora la investigación poblacional, pues permite estimar la prevalencia de obesidad extrema, que en Estados Unidos supera ya el 6 % de los menores de 20 años. (3)

2.2.5 Malnutrición

El término malnutrición se refiere inadecuada ingesta de nutrientes ya sea por déficit o exceso. Clasificándose en tres afecciones:

La desnutrición, ingesta disminuida de nutriente o emanación, evidenciándose en un peso insuficiente según de la talla, retraso del crecimiento talla insuficiente para la edad y la insuficiencia ponderal un peso insuficiente para la edad (27).

La malnutrición con respecto a los micronutrientes (vitaminas o minerales importantes) esto incluye las carencias de micronutrientes o su exceso (27).

Condiciones relacionadas a la ingesta excesiva de nutrientes, sobrepeso, obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos tipos de cáncer) (27).

2.2.6 Conocimiento

El conocimiento es el estado en el que una persona está en contacto cognitivo con el contexto actual. Una definición adaptada es la de creencia verdadera justificada, para lo cual se incorporan tres condiciones básicas que son las siguientes: (1) La condición de verdad que requiere que, si uno conoce una proposición, entonces esta debe ser verdadera; si no es verdadera, entonces esa persona no sabe lo que dice saber. La condición de verdad marca la diferencia entre opinión y conocimiento. (2) La condición de creencia, que exige que, si uno conoce una proposición, entonces la crea. (3) La condición de justificación, que requiere una forma práctica de justificar que la creencia que uno tiene es verdadera (28).

La implementación del saber es el aprendizaje que se utiliza en diversas situaciones y contextos. Para el presente trabajo, la madre es quien se encarga de alimentar a los niños por diversos factores como hogares monoparentales, desempleo, etc. La mujer influenciada en la elaboración de las comidas mediante el proceso de enseñanza y aprendizaje de sus madres, suegras, vecinas, personal de salud; son las que guiarán y de ello dependerá el estado de salud, crecimiento y desarrollo óptimo del niño. Es así como una madre alimenta a su hijo conforme a sus creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los productos alimenticios y su nivel de conocimiento sobre la alimentación que deben recibir sus hijos. Además, el lugar de procedencia y la forma como le inculcaron el consumo de los alimentos, van a ser imitados y posteriormente transmitidos a sus generaciones (16).

Los Nótese del estudio titulado "Influencia de las actitudes de alimentación saludable y el conocimiento nutricional de los padres/tutores sobre la adecuada nutrición y calidad dietética entre los niños en edad preescolar" resalta la importancia de reconocer y comprender el papel de los padres/tutores en la calidad de la dieta de sus hijos y las consecuencias de esta en su salud; asimismo debe ser necesario implementar programas parentales centrados en la educación nutricional para mejorar

así la calidad de la dieta de sus hijos (29). Además, la baja educación y condición social afecta el nivel de conocimiento de los padres/tutores como lo demostró el estudio realizado por Patricia Cluss et col. en Estados Unidos “Nivel de conocimiento en padres/tutores de niños obesos con recursos bajos” en donde los autores observaron que la raza negra, una menor educación y los ingresos bajos se asocian con un conocimiento nutricional más deficiente (30).

2.3 Contextualización

El Hospital General Regional “Dr. Marcelino Vélez Santana”, es una institución de tercer nivel de atención en salud; Entidad sin fines de lucro creada bajo el decreto del Poder Ejecutivo 148-02 e inició sus operaciones el 12 de enero de 2003.

El Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, está ubicado en Ave. Isabel Aguiar #141, Herrera, Santo Domingo Oeste, provincia Santo Domingo. Delimitado al norte, por la carretera Duarte Vieja; al este, por la Av. Luperón; al oeste, por la Av. Isabel Aguiar y al sur, por la calle Juan Dolores. Actualmente pertenece a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.

Desde el inicio de sus operaciones la población mostró gran interés por utilizar los servicios del hospital. Esto debido a que desde un principio fue equipado con los más modernos avances tecnológicos, y que cuenta, además, con un personal altamente calificado. Conjuntamente, es considerado como un modelo de salud innovador por enfocar sus objetivos en los conceptos de Humanización, Calidad, Eficiencia y alta Tecnología.

FILOSOFIA: Esta institución es pionera en la implementación del modelo “Hospital del Futuro”, que ha sido utilizado por otras organizaciones del sector salud, tanto públicas y privadas en nuestro país, lo que ha hecho ser merecedora de varios premios y reconocimientos a nivel nacional e internacional.

VISION: Garantizar la asistencia de la salud como un bien social, brindando el mayor beneficio a los usuarios, manteniendo la cantidad, humanización y eficiencia de los servicios ofertados utilizando tecnología adecuada, asegurar la autogestión del centro, contribuyendo con la mejoría de la calidad de vida de los (as) miembros de la comunidad

MISION: El HGRDMVS es una institución sin fines de lucro que oferta servicios de salud con calidad, humanizada y eficiente, utilizando tecnología adecuada, donde las decisiones están sustentadas en base al análisis de la información.

VALORES:

- Humanización: Garantizar el trato humano, digno y de respeto a los usuarios internos y externos.
- Calidad: Garantizar el máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología adecuada, tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, de acuerdo con los valores sociales imperantes.
- Eficiencia: Lograr los mejores Nótese con los recursos existentes.
- Tecnología: Garantizar tecnología adecuada y de seguridad.
- Otros valores: Equidad, Responsabilidad Social, Participación, Ética.

Capítulo 3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Estudio

El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo y de corte transversal con muestra no probabilística a conveniencia orientado a identificar el riesgo de obesidad infantil y el nivel de conocimiento parental sobre hábitos alimenticios saludables en la población pediátrica.

3.2. Variables

3.2.1. Variables Dependientes

Percentil (Crecimiento y desarrollo)

3.2.2. Variables independientes

Edad del niño

Sexo del niño

Estado nutricional

Riesgo de obesidad

Presencia de enfermedades no transmisibles

Nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre hábitos alimenticios

Hábitos alimenticios de los niños

3.2.3 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Edad del niño expresada en años cumplidos	5 a 14 años	Numérica
Sexo	Características biológicas (masculino/femenino)	Masculino, Femenino	Nominal
Estado nutricional	Equilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales del cuerpo	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad	Ordinal
Percentil	Medida estadística que indica el valor por debajo del que se encuentra un cierto porcentaje en un conjunto de datos	Clasificación CDC: Bajo peso <5 Normopeso 5-<85 Sobrepeso 85-< 95 Obesidad ≥ 95	Ordinal

Enfermedades no transmisibles	Presencia de patologías asociadas al sobrepeso	Hipertensión, Diabetes Obesidad	Nominal
Nivel de conocimiento de los padres/tutores	Grado de información sobre nutrición infantil	Escala tipo Likert	Ordinal
Hábitos alimenticios del niño	Frecuencia y tipo de alimentos consumidos según la FAO/UNICEF	Adecuado Parcialmente adecuado inadecuado	Ordinal
Riesgo nutricional	Frecuencia y tipo de alimentos consumidos según la FAO/UNICEF	Alto riesgo Moderado riesgo Bajo riesgo	ordinal

3.3. Métodos y Técnicas de Investigación

Se aplicó un enfoque cuantitativo. La información se recopiló mediante encuestas estructuradas dirigidas a padres/tutores y mediciones antropométricas (peso, talla y percentil por edad).

3.4. Instrumento de Recolección de Datos

Se aplicó un cuestionario estructurado compuesto por:

- **Sección I:** Datos sociodemográficos del niño (edad, sexo).
- **Sección II:** Registro de peso y talla
- **Sección III:** Registro de enfermedades no transmisibles en la familia
- **Sección IV:** Encuesta sobre hábitos alimentarios del niño.
- **Sección V:** registro de actividad física
- **Sección VI:** Evaluación del nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre alimentación saludable

3.5. Población y muestra

Población:

Niños de 5 a 14 años que asisten a consulta de pediatría en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio 2025.

Muestra:

Estuvo compuesta por un total de 102 pacientes, cifra que representó el total de niños que cumplieron los criterios durante el período de estudio.

3.6. Criterios de Inclusión

- Niños entre 5 y 14 años atendidos en consulta pediátrica.
- Padres/tutores que acepten participar y completen el cuestionario.
- Pacientes sin enfermedades crónicas que interfieran con el estado nutricional.

3.7. Criterios de Exclusión

- Niños con condiciones genéticas o metabólicas específicas que afecten el crecimiento.
- Padres/tutores que no consientan participar o no respondan adecuadamente el cuestionario.

3.8 Procedimiento y Procesamiento de datos.

La recolección se realizó durante la consulta pediátrica mediante encuesta estructuradas y evaluación física. Los datos fueron codificados y analizados utilizando Microsoft Excel y SPSS.

3.8.1 Análisis de Datos.

Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias) para caracterizar la población. Se realizaron análisis bivariados (prueba chi-cuadrado, t de Student o ANOVA) para identificar asociaciones entre variables independientes (hábitos alimentarios y nivel de conocimiento) y las variables dependientes (obesidad, estado nutricional, enfermedades).

3.9 Consideraciones Éticas

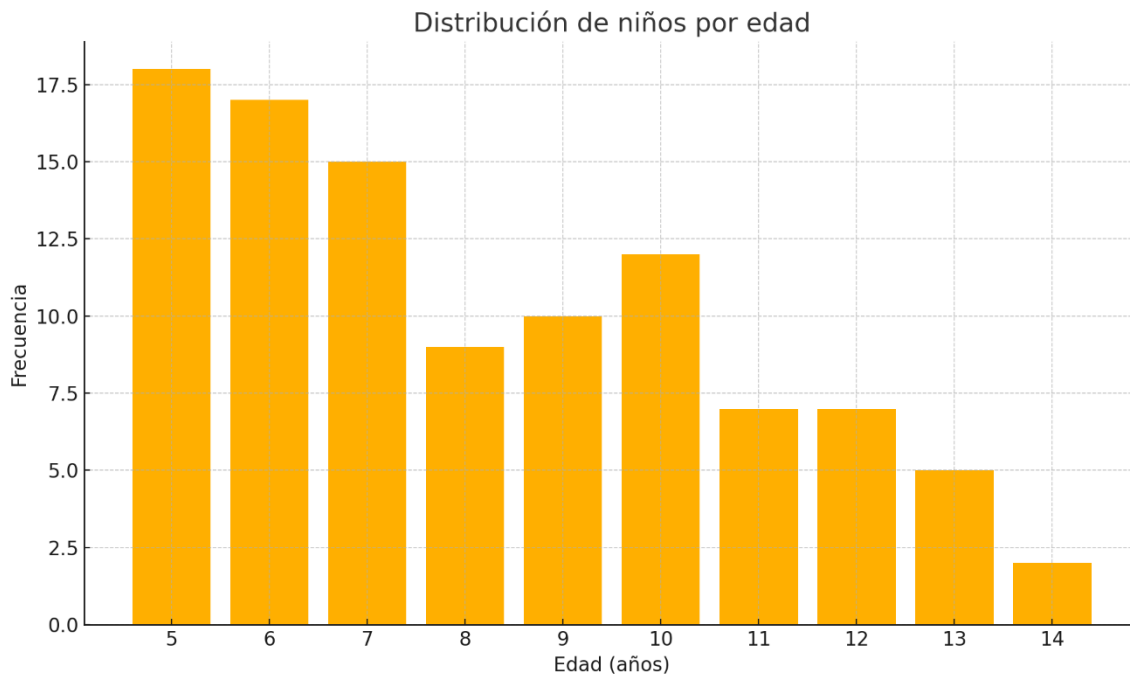
El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana y la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Se garantizó confidencialidad, anonimato y participación voluntaria; el consentimiento informado fue firmado por

padres/tutores.

Capítulo IV. Presentación de los Nótese

Gráfico No. 1 Edad

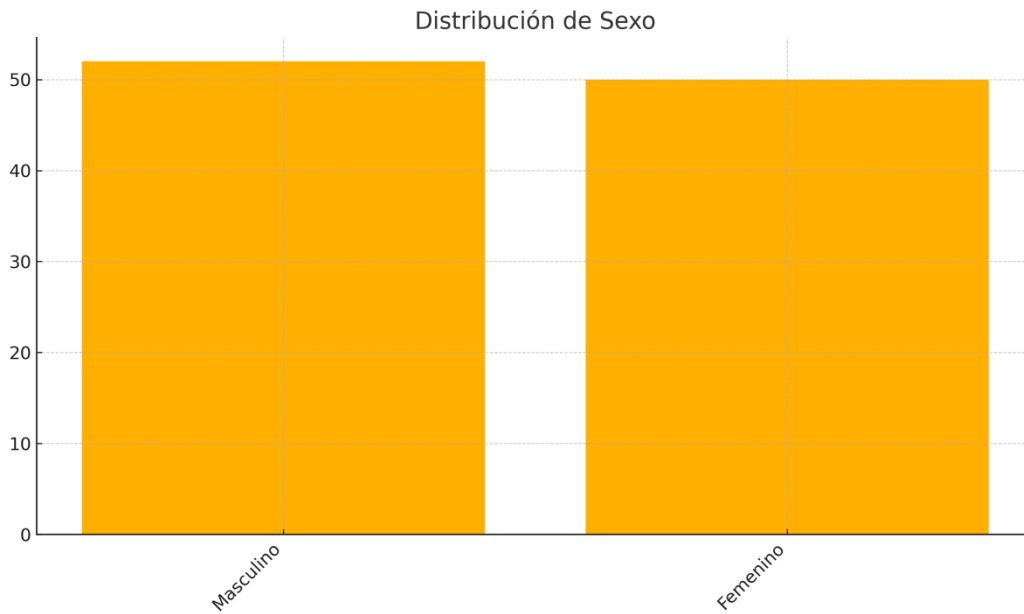
Distribución de niños por edad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: La distribución por edad muestra que, dentro de los 102 niños encuestados, la mayor concentración se observa en el grupo de 5 años con 18 casos, equivalente al 17,6 % del total. En orden descendente le siguen los niños de 6 años, que representan el 16,7 % con 17 participantes, y los de 7 años, que aportan 15 niños y suponen el 14,7 %. El rango de 10 años agrupa a 12 menores (11,8 %), mientras que los de 9 años suman 10 (9,8 %). A continuación, el grupo de 8 años incluye a 9 niños (8,8 %). Las edades de 11 y 12 años presentan cada una 7 casos, lo que corresponde al 6,9 % por grupo. Más reducidos son los grupos de 13 años con 5 niños (4,9 %) y de 14 años con solamente 2 participantes, que representan el 2,0 % de la muestra.

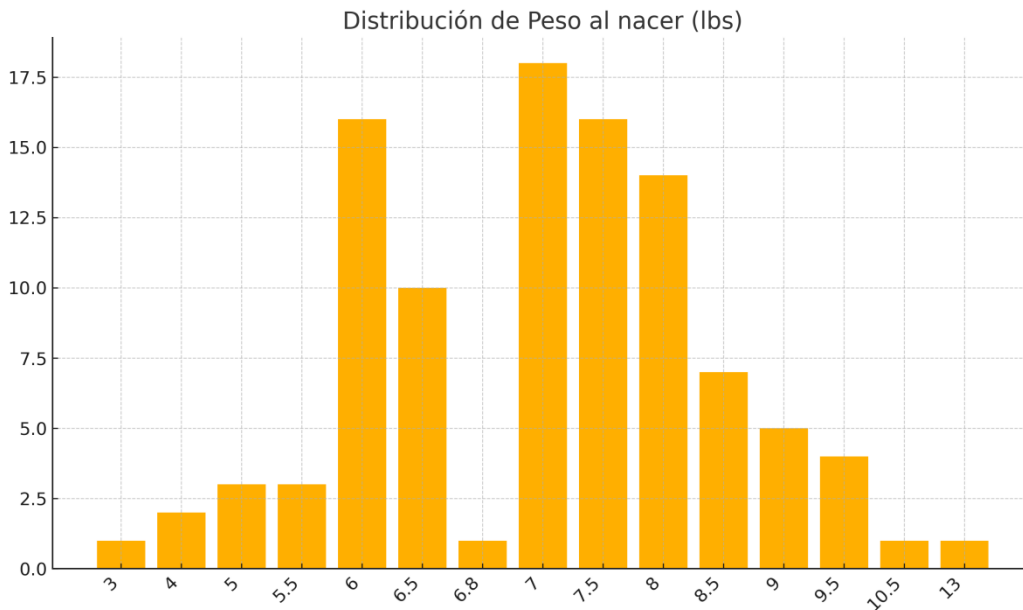
Gráfico No. 2 Sexo



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: En la distribución por sexo sobre 102 participantes, el 51,0 % fue masculino (52) mientras que el 49,0 % fue femenino (50), mostrando prácticamente la misma representación de ambos grupos.

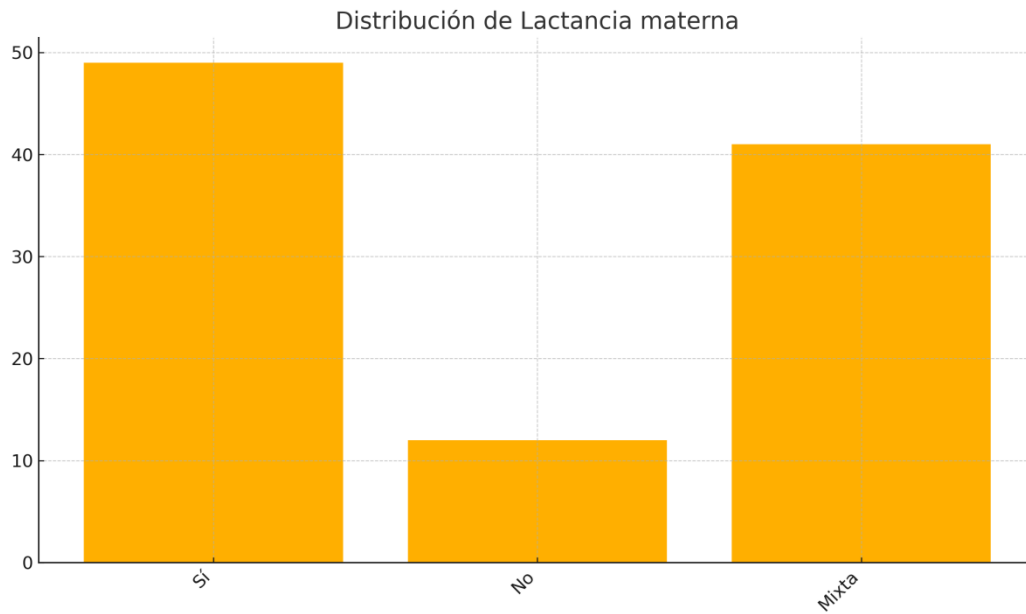
Gráfico No. 3 Peso al nacer (lbs)



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Entre los 102 registros de peso al nacer sobresalieron los 7 lb 18 recién nacidos (17,6 %) y los 7,5 lb 16 (15,7 %), seguidos muy de cerca por los 6 lb (16; 15,7 %). Con porcentajes algo menores se situaron los 8 lb (14; 13,7 %) y los 6,5 lb (10; 9,8 %). Pesos de 8,5 lb, 9 lb y 9,5 lb presentaron 7 (6,9 %), 5 (4,9 %) y 4 (3,9 %) casos, respectivamente. Las categorías de 5 lb y 5,5 lb alcanzaron 3 recién nacidos cada una (2,9 % en ambos casos), en tanto que 4 lb registró 2 (2,0 %). Con sólo un 1,0 % cada una se hallaron los extremos de 3 lb, 6,8 lb, 10,5 lb y 13 lb (un caso por categoría).

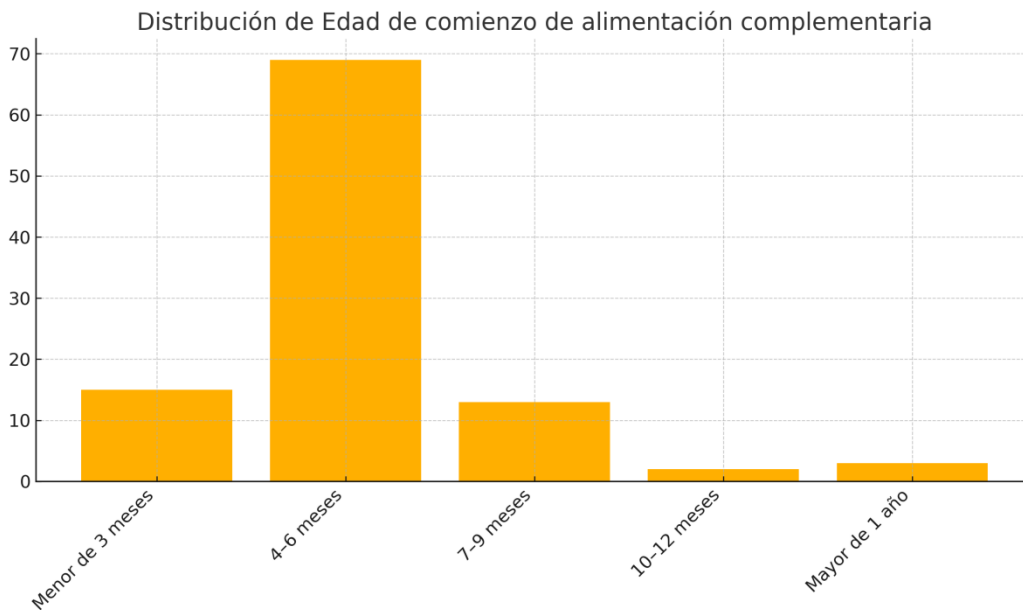
Gráfico No. 4 Lactancia materna



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: De 102 niños, 49 (48,0 %) recibieron lactancia materna exclusiva, 41 (40,2 %) una alimentación mixta y 12 (11,8 %) no fueron amamantados.

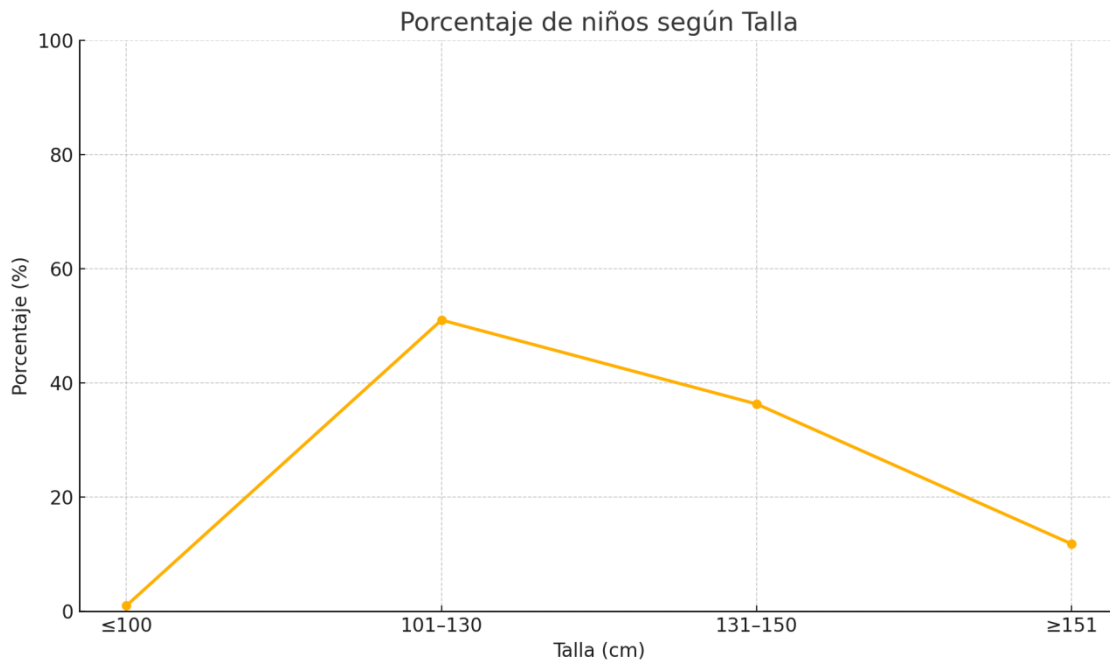
Gráfico No. 5 Edad de comienzo de alimentación complementaria



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Predominó la introducción entre los 4 y 6 meses con 69 niños (67,6 %). Le siguieron quienes empezaron antes de los 3 meses (15; 14,7 %) y entre 7 y 9 meses (13; 12,7 %). Apenas 2 infantes (2,0 %) iniciaron a los 10-12 meses y 3 (2,9 %) después del primer año.

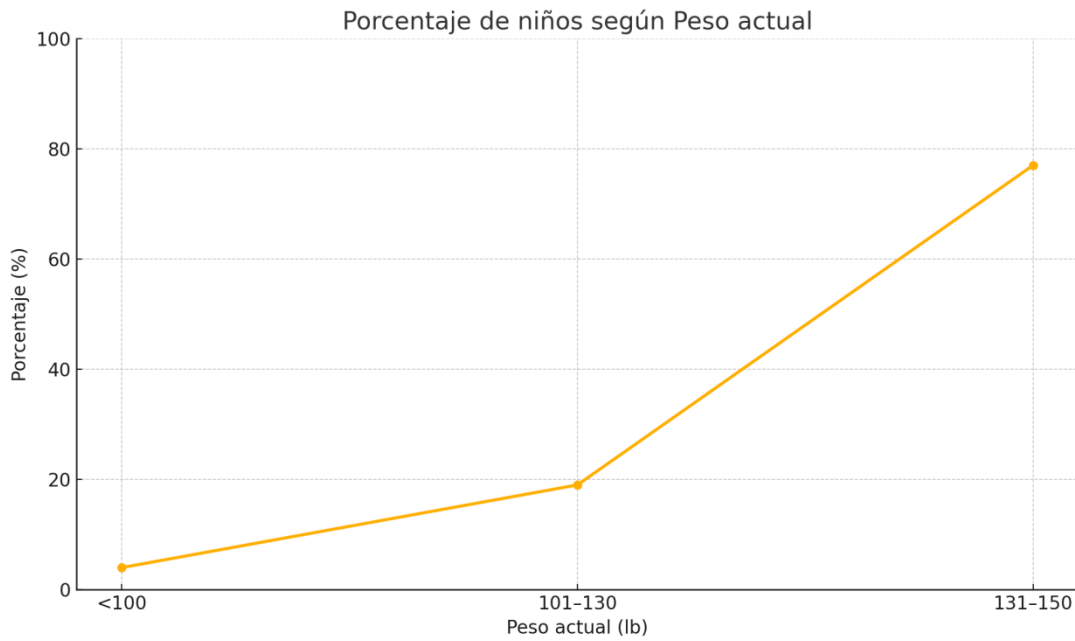
Gráfico No. 6 Talla (cm)



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Sobre 102 mediciones, más de la mitad se situó en 101-130 cm (52; 51,0 %), mientras 37 niños (36,3 %) midieron 131-150 cm. Los mayores de 151 cm fueron 12 (11,8 %), y sólo 1 (1,0 %) quedó por debajo de 100 cm.

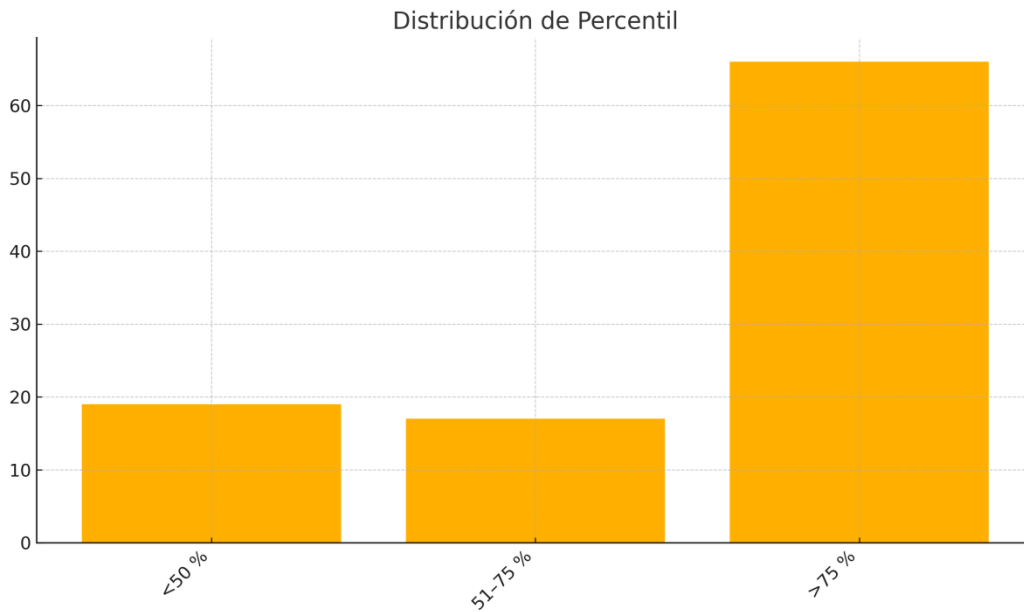
Gráfico No. 7 Peso actual (lb)



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: De los 102, 79 niños (77,0 %) se ubicaron entre 131 y 150 lb; 19 (19,0 %) entre 101 y 130 lb, y 4 (4,0 %) por debajo de 100 lb.

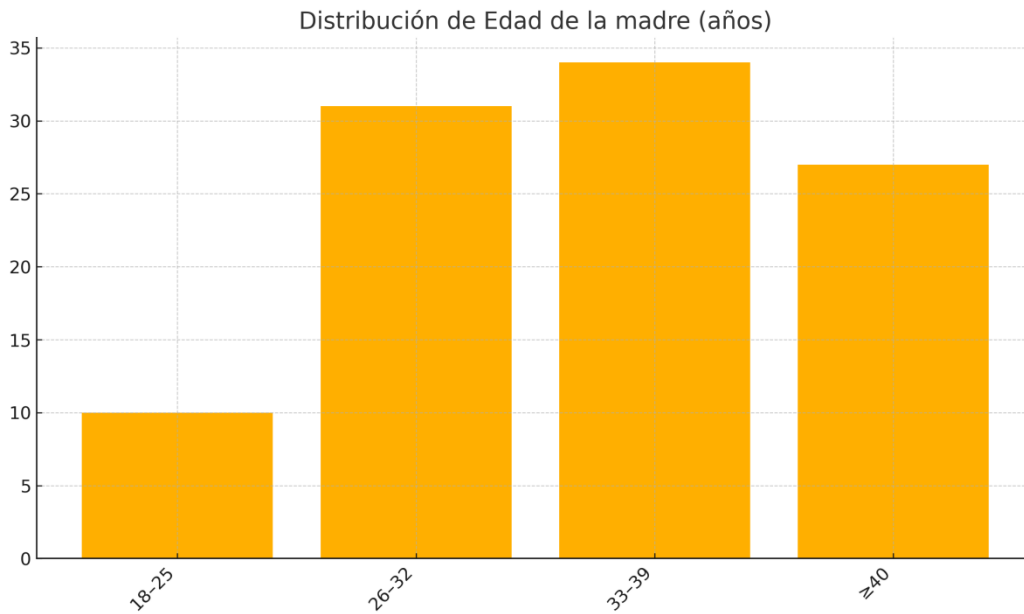
Gráfico No. 8 Percentil



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: El 66,0 % de los participantes (66) se encontró por encima del percentil 75, mientras 17 (17,0 %) quedaron entre los percentiles 51-75 y 19 (19,0 %) se situaron por debajo del 50.

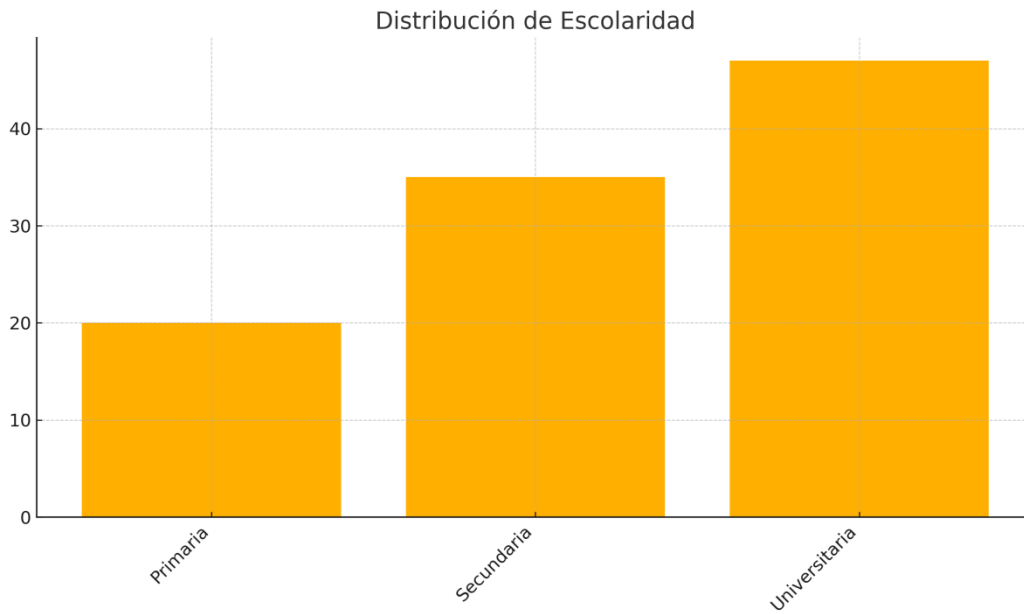
Gráfico No. 9 Edad de la madre (años)



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Los rangos se distribuyeron así: 33-39 años con 34 mujeres (33,3 %), 26-32 años con 31 (30,4 %), 40 años o más con 27 (26,5 %) y 18-25 años con 10 (9,8 %).

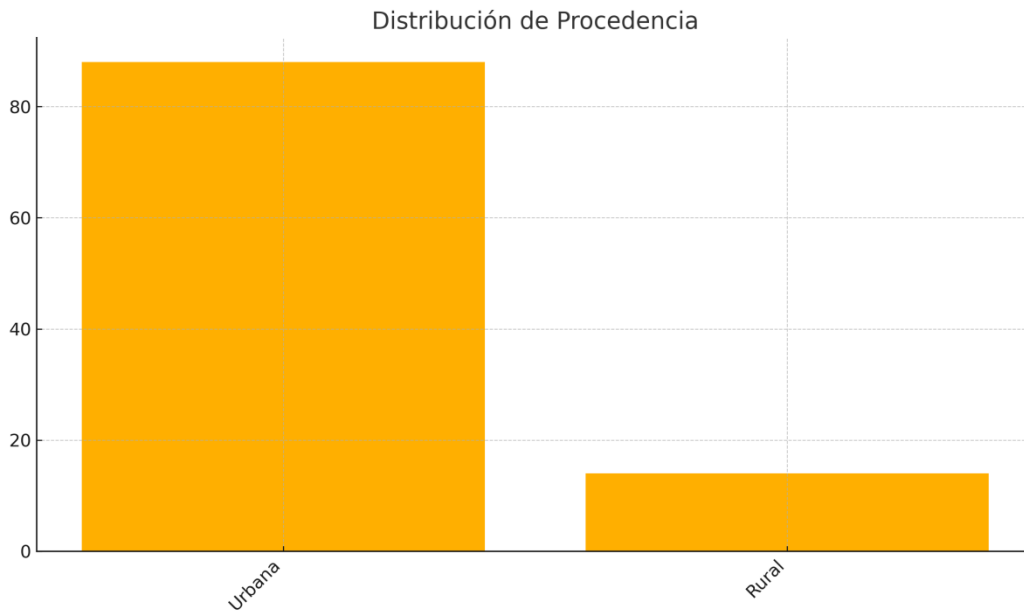
Gráfico No. 10 Escolaridad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: La mayor parte alcanzó estudios universitarios (47; 46,1 %); 35 (34,3 %) completaron secundaria y 20 (19,6 %) primaria.

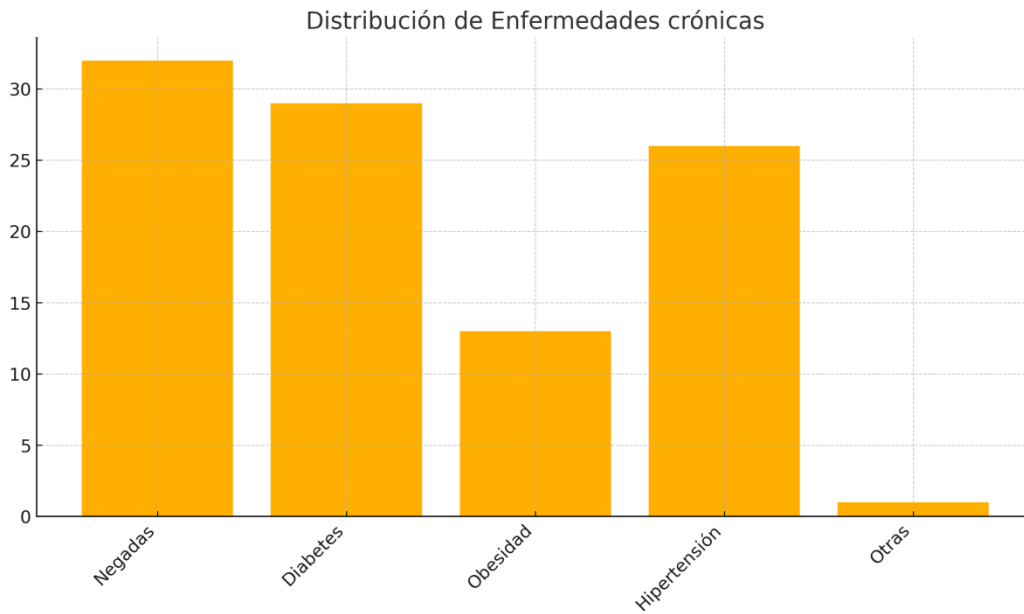
Gráfico No. 11 Procedencia



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Del total, 88 madres (86,3 %) provenían de zonas urbanas y 14 (13,7 %) de áreas rurales.

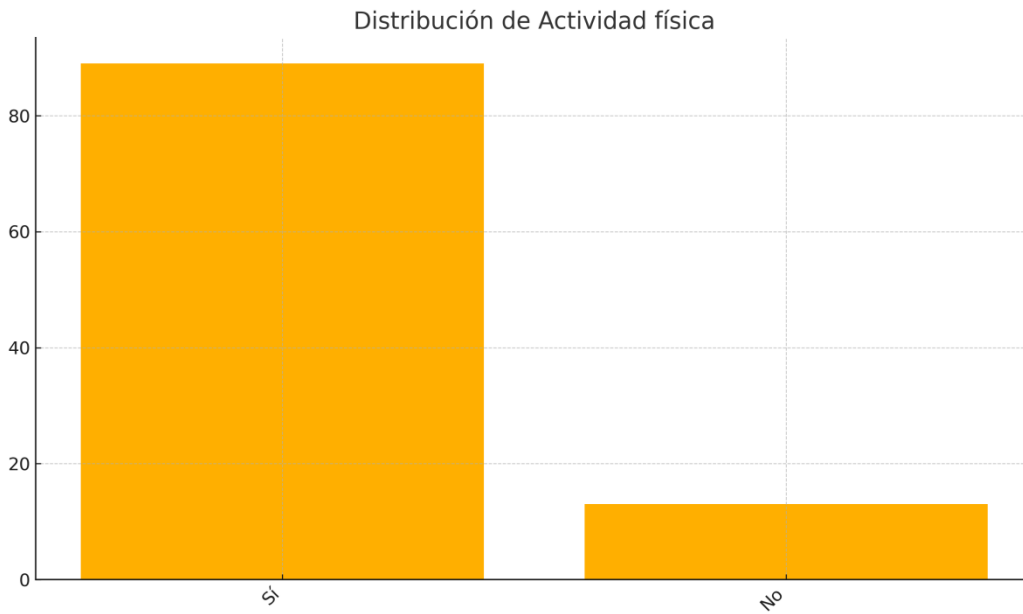
Gráfico No. 12 Enfermedades crónicas



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Se negaron antecedentes en 32 casos (31,4 %). Entre quienes reportaron comorbilidades, 29 mencionaron diabetes mellitus (28,4 %), 26 hipertensión arterial (25,5 %), 13 obesidad (12,7 %) y 1 otro trastorno (1,0 %).

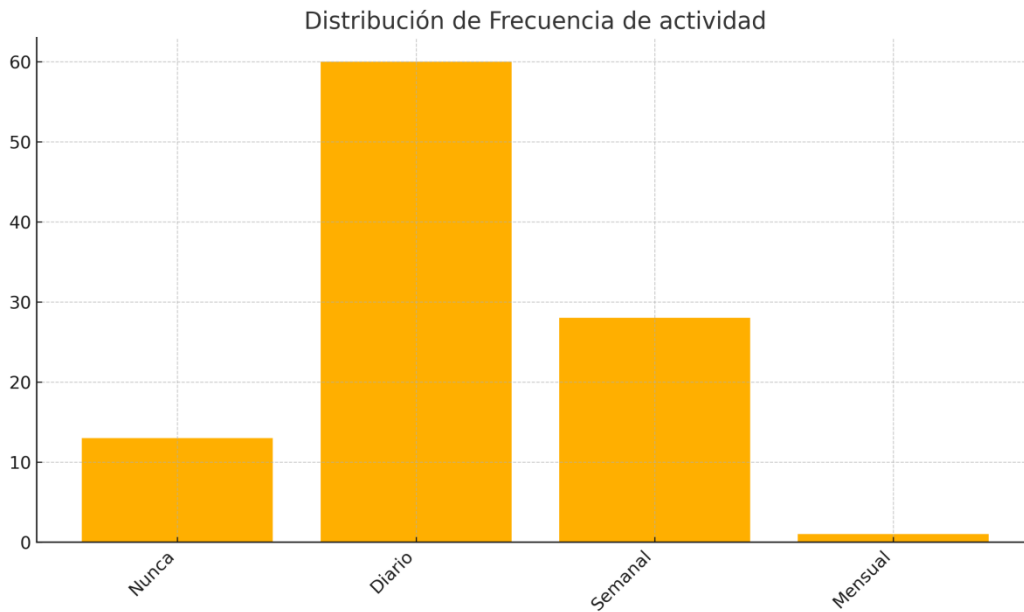
Gráfico No. 13 Actividad física



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: La gran mayoría realizó actividad física (89; 87,3 %), mientras 13 niños (12,7 %) no la practicaban.

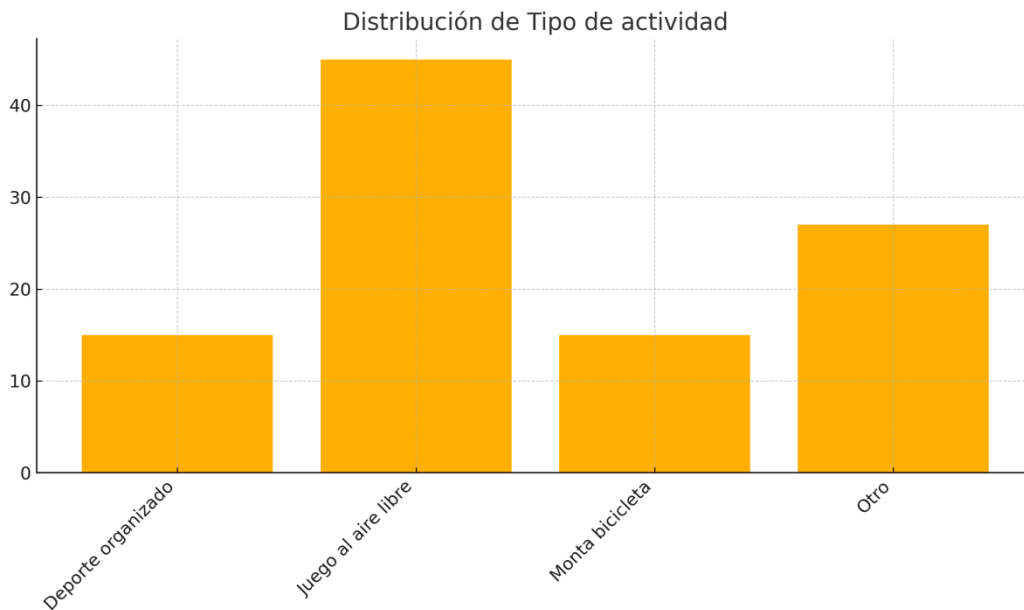
Gráfico No. 14 Frecuencia de actividad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Dentro del grupo activo predominó la práctica diaria con 60 niños (58,8 % del total); la semanal agrupó 28 (27,5 %), la ausencia absoluta 13 (12,7 %) y la mensual apenas 1 (1,0 %).

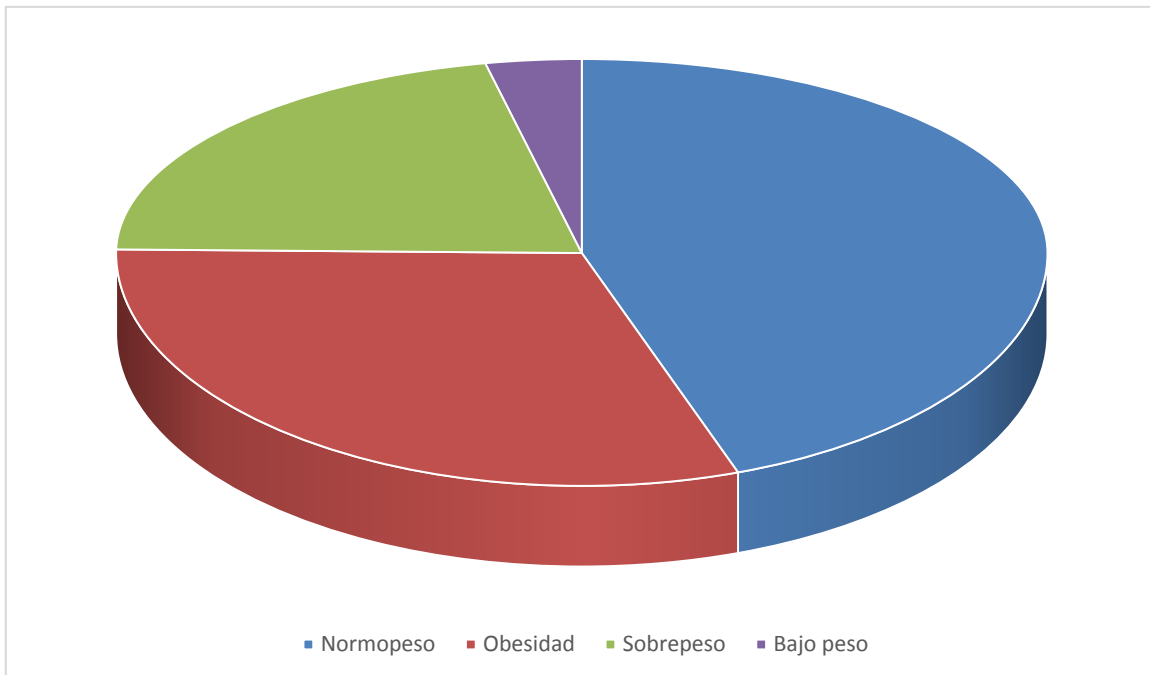
Gráfico No. 15 Tipo de actividad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Se observó mayor participación en juegos al aire libre (45; 44,1 %); siguieron “otro” tipo de actividades recreativas (27; 26,5 %), el deporte organizado y el ciclismo, ambos con 15 niños (14,7 % cada uno).

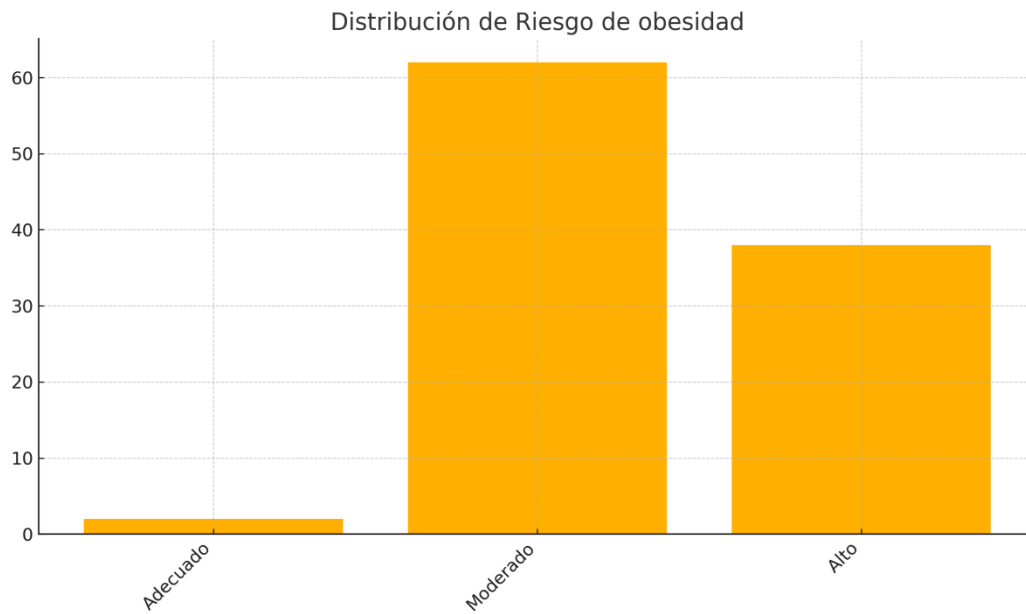
Gráfico No. 16 Diagnóstico nutricional



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Casi la mitad se mantuvo en normopeso (44,1 %); 32 (31,4 %) presentaron obesidad y 21 (20,6 %) sobrepeso, mientras 4 (3,9 %) estaban en bajo peso.

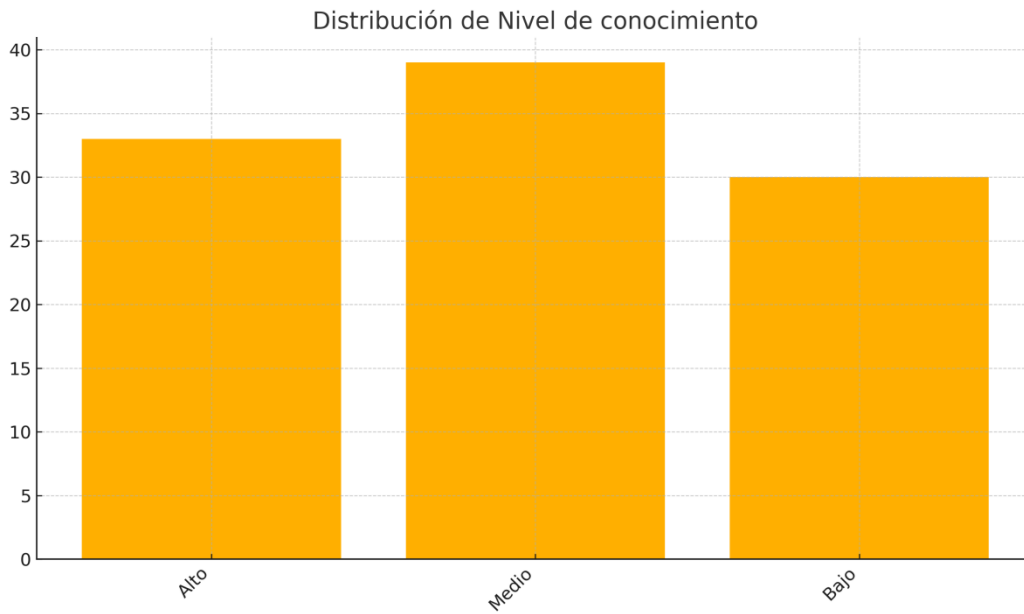
Gráfico No. 17 Riesgo de obesidad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Se clasificaron con riesgo moderado 62 niños (60,8 %), con riesgo alto 38 (37,3 %) y con riesgo adecuado sólo 2 (2,0 %).

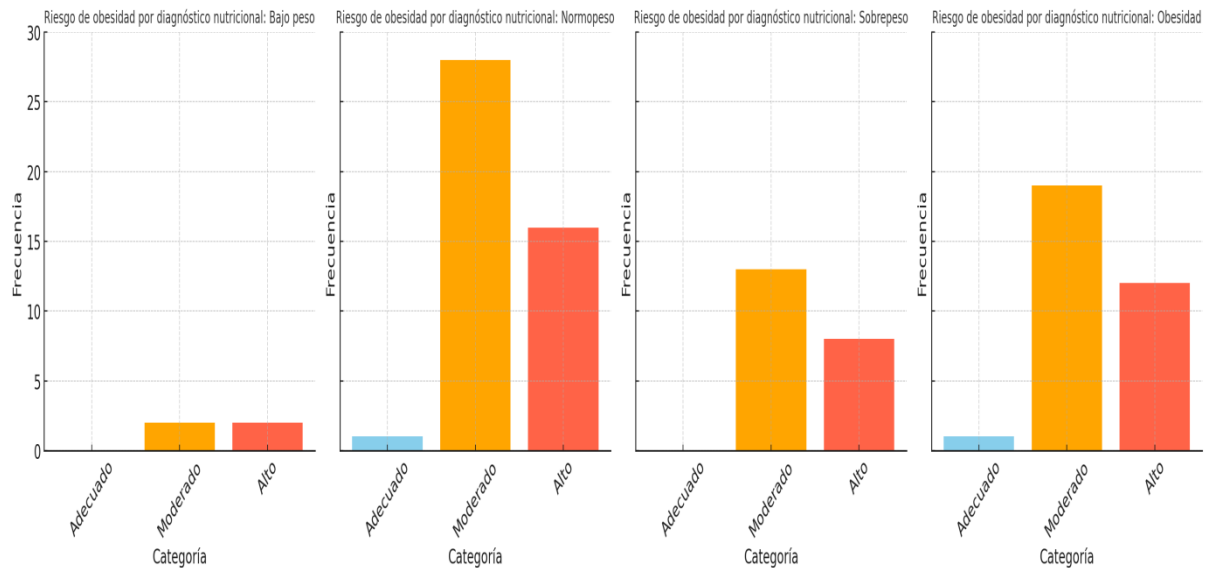
Gráfico No. 18 Nivel de conocimiento



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Finalmente, 39 madres (38,2 %) mostraron un nivel medio de conocimiento, 33 (32,4 %) alto y 30 (29,4 %) bajo.

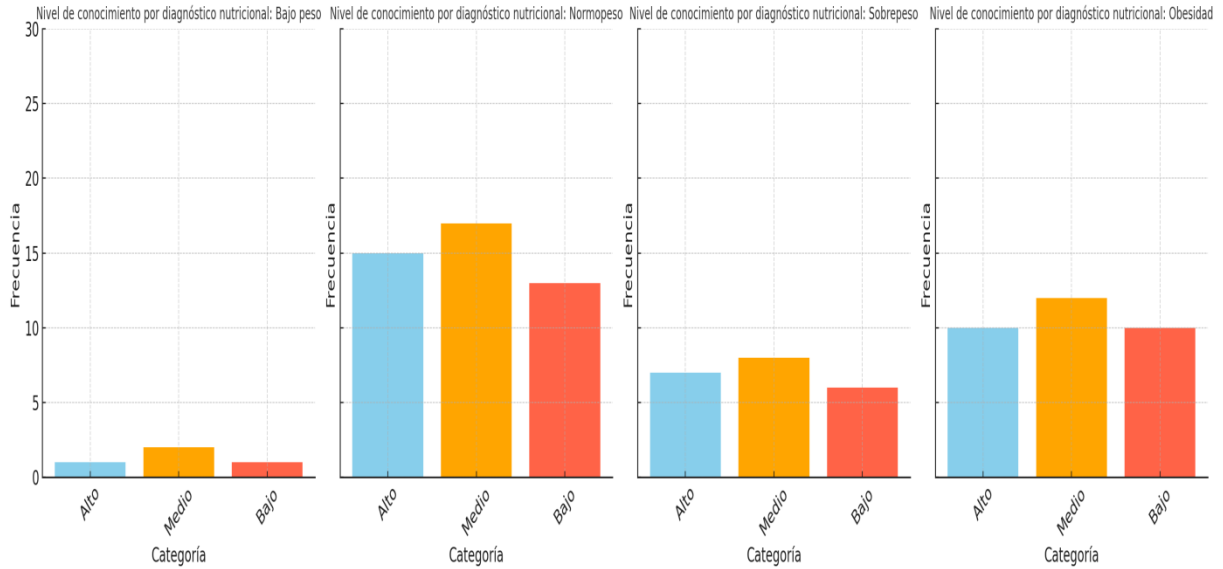
Gráfico No. 19 Diagnóstico nutricional en relación con el Riesgo de obesidad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: Entre los niños con bajopeso se observa riesgo moderado en dos casos (1,9 %) y riesgo alto en otros dos (1,9 %). En el grupo normopeso predominan veintiocho escolares con riesgo moderado (27,5 %), dieciséis con riesgo alto (15,7 %) y uno con riesgo adecuado (1,0 %). Los niños con sobrepeso concentran trece registros de riesgo moderado (12,7 %) y ocho de riesgo alto (7,8 %), sin riesgo adecuado. Finalmente, la obesidad agrupa diecinueve menores con riesgo moderado (18,6 %), doce con riesgo alto (11,8 %) y uno con riesgo adecuado (1,0 %); en conjunto, el riesgo moderado abarca 60,8 % de la muestra y el riesgo alto 37,3 %, mientras el riesgo adecuado resulta marginal.

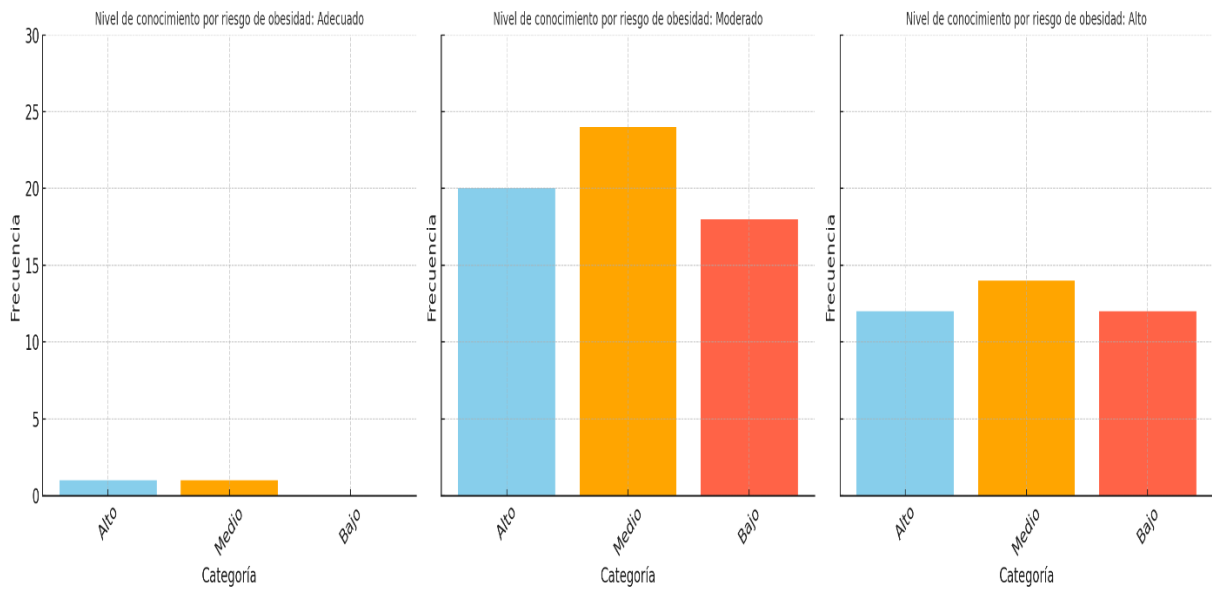
Gráfico No. 20 Diagnóstico nutricional en relación con el Nivel de conocimiento parental



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: En los cuatro casos de bajo peso, uno corresponde a hogares con conocimiento alto (1,0 %), dos a conocimiento medio (2,0 %) y uno a conocimiento bajo (1,0 %). Entre los niños normopeso destacan quince con padres/tutores de conocimiento alto (14,7 %), diecisiete con nivel medio (16,7 %) y trece con nivel bajo (12,7 %). El sobrepeso muestra siete escolares con padres/tutores de conocimiento alto (6,9 %), ocho con medio (7,8 %) y seis con bajo (5,9 %). La obesidad presenta diez casos asociados a conocimiento alto (9,8 %), doce a medio (11,8 %) y diez a bajo (9,8 %), de modo que los tres niveles de conocimiento parental están ampliamente representados en cada categoría diagnóstica.

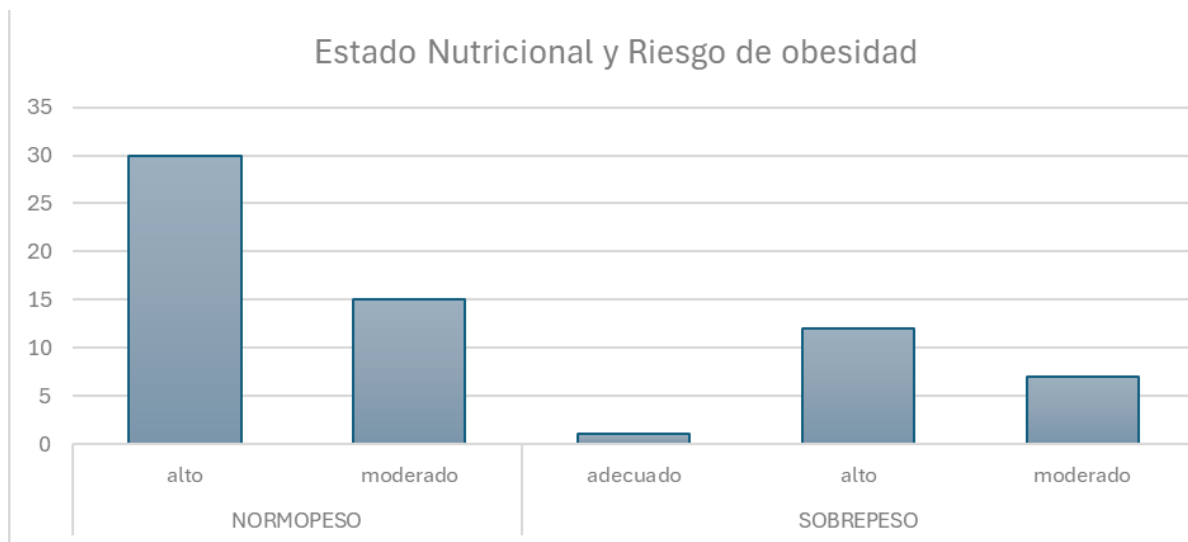
Gráfico No. 21 Riesgo de obesidad en relación con el Nivel de conocimiento parental



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: El riesgo adecuado aparece en dos niños; uno procede de hogares con conocimiento alto (1,0 %) y otro con conocimiento medio (1,0 %). El riesgo moderado involucra veinte escolares con padres/tutores de conocimiento alto (19,6 %), veinticuatro con medio (23,5 %) y dieciocho con bajo (17,6 %). El riesgo alto incluye doce niños cuyos padres/tutores poseen conocimiento alto (11,8 %), catorce con nivel medio (13,7 %) y doce con nivel bajo (11,8 %). Así, la distribución del conocimiento parental se mantiene relativamente uniforme dentro de cada categoría de riesgo, con clara primacía del riesgo moderado en toda la población infantil.

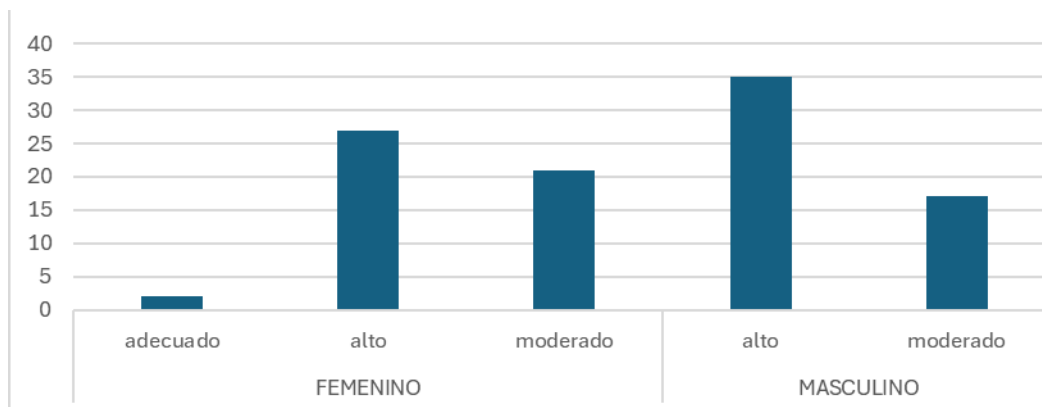
Gráfico No. 22 Relación entre el estado nutricional y el riesgo de obesidad



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: dentro de la población estudiada con normopeso un (30%) presento un alto riesgo de obesidad, (15 %) riesgo moderado y de los participantes con sobrepeso (12 %) tienen un alto riesgo de obesidad y un (7 %) riesgo moderado de obesidad.

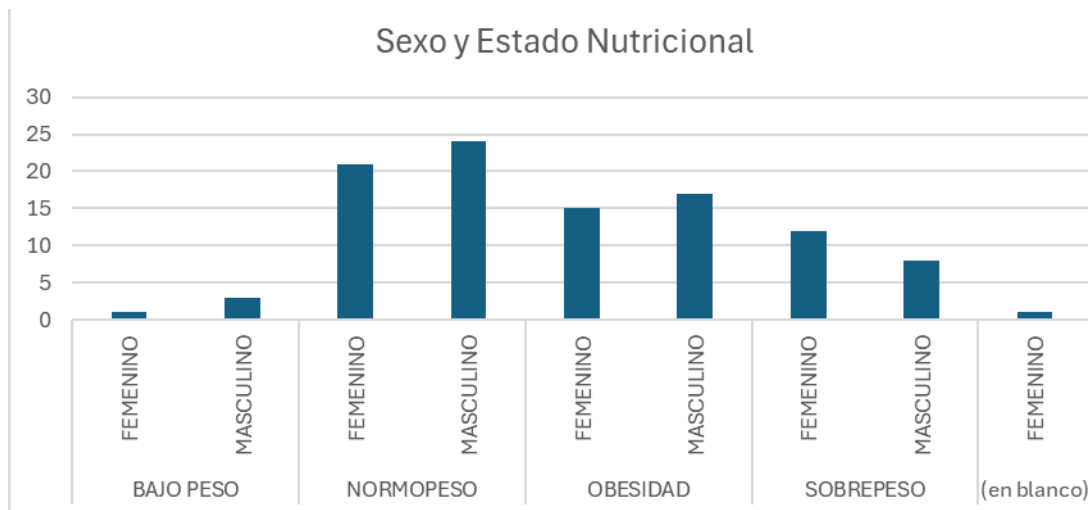
Gráfico No. 23 Relación entre el sexo y el riesgo nutricional



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: dentro de la población estudio tuvo una ligera primacía el sexo masculino con un alto riesgo nutricional en un (35 %), mientras que el sexo femenino obtuvo un (27 %) de riesgo nutricional alto.

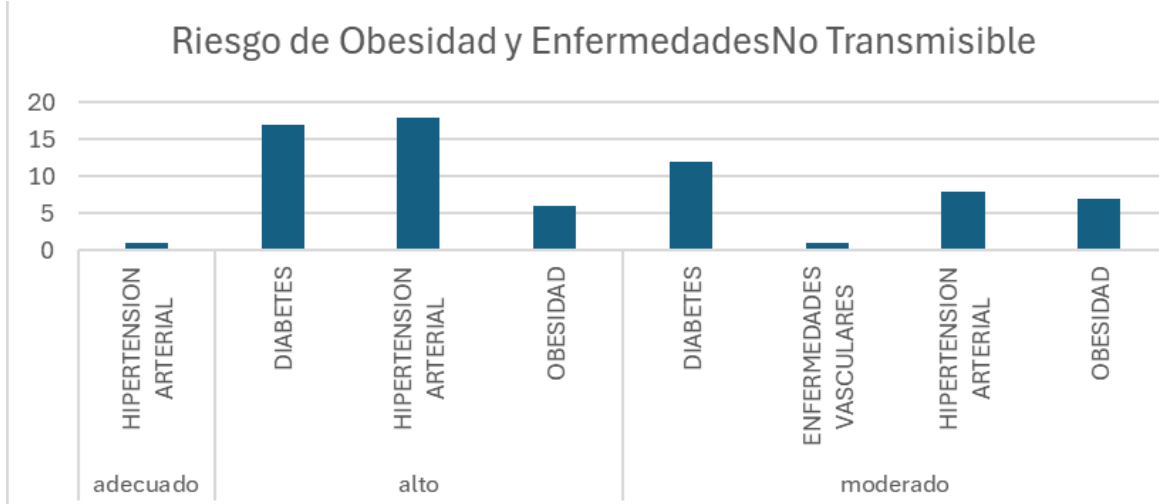
Gráfico No. 24 Relación entre el sexo y el estado nutricional



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: según el estado nutricional el sexo masculino predomina en normopeso con un (24 %), mientras que el sexo femenino fue (21 %), en obesidad predomina el sexo masculino en (17 %) y sexo femenino (15 %), sin embargo, en sobrepeso predomina el sexo femenino en (12 %) y el masculino (8 %).

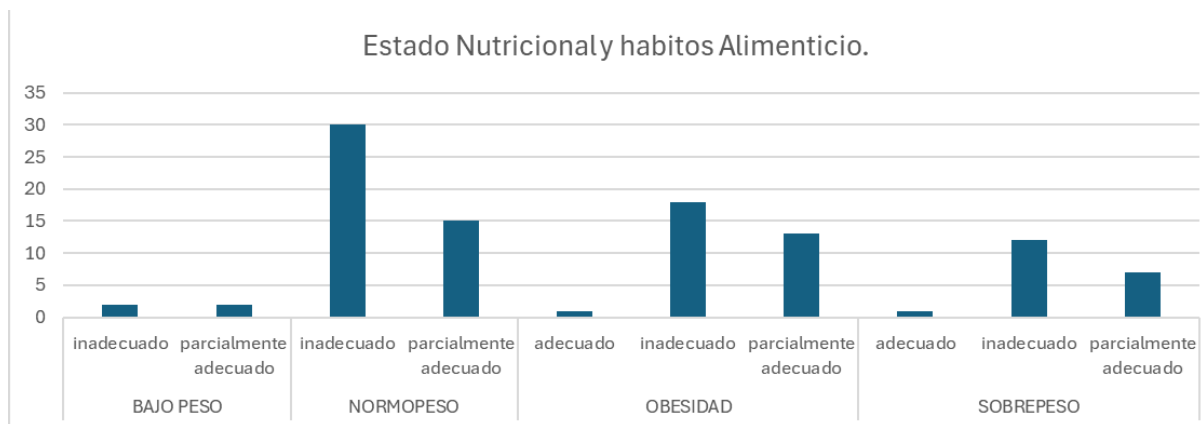
Gráfico No. 25 Relación entre el riesgo de obesidad y enfermedades no transmisibles



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: los resultados revelan una asociación directa entre el aumento del riesgo de obesidad y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles predominando la hipertensión arterial en todos los estados nutricional, seguido de la diabetes.

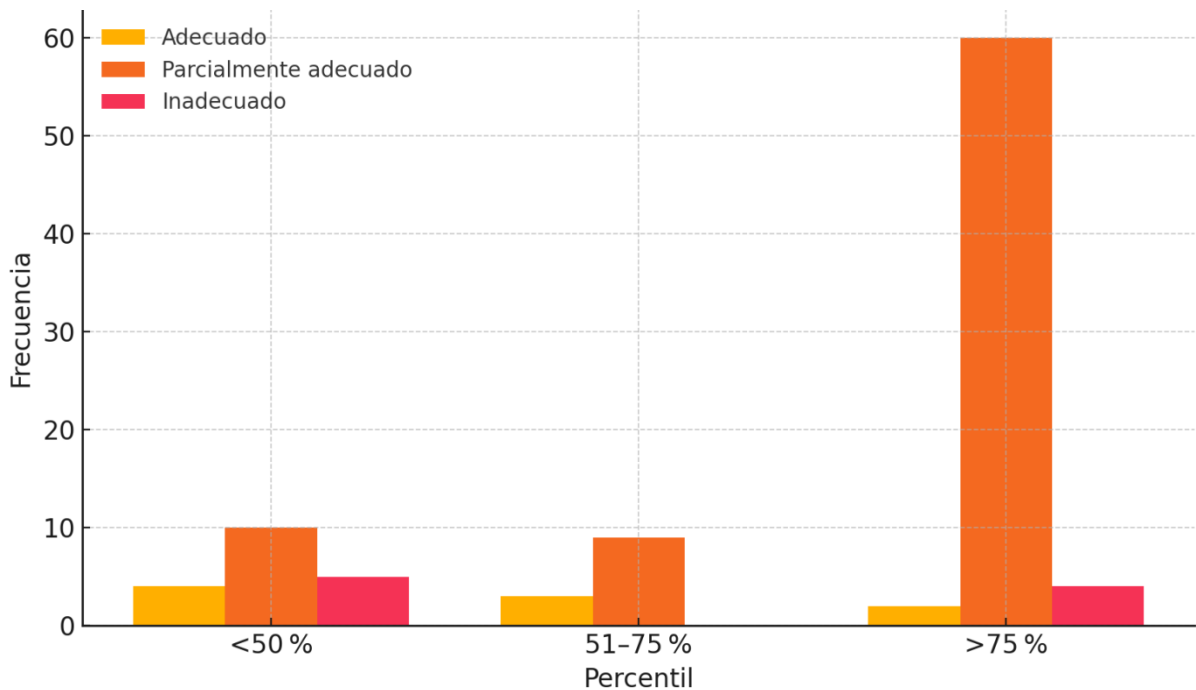
Gráfico No. 26 Relación entre el estado nutricional y hábitos alimenticio.



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: sin importar el estado nutricional predominan los hábitos alimenticios inadecuado lo que indica que estar en normopeso no garantiza una alimentación saludable y que podría haber un riesgo oculto de desarrollar mal nutrición o enfermedades crónicas. En los participantes con bajo peso también predominan los hábitos alimenticios inadecuados o parcialmente adecuados lo que puede reflejar una restricción calórica, deficiencia o alimentación desequilibrada.

Gráfico No. 27 Relación entre percentil y hábitos alimenticios



Fuente: Ver tabla y anexos

Nótese: La distribución revela que, en los percentiles altos (> 75 %), casi nueve de cada diez participantes mantienen hábitos parcialmente adecuados, mientras la conducta adecuada es escasa ($\approx 3\%$) y la inadecuada marginal ($\approx 6\%$); en el rango medio (51-75 %) predominan también los hábitos parcialmente adecuados (75 %), sin registros inadecuados y con un cuarto de los casos catalogados como adecuados, mientras que en los percentiles bajos (< 50 %) se observa la mayor heterogeneidad, con poco más de la mitad parcialmente adecuados, un tercio inadecuados y la menor proporción de conductas adecuadas, lo que evidencia una tendencia general hacia la parcial adecuación de la dieta a lo largo de todo el espectro percentilar, pero con mayor riesgo de hábitos deficientes en los extremos.

Capítulo V.

5.1 Discusión

Nuestros hallazgos muestran que más de la mitad de la cohorte padece exceso de peso (52 % sobrepeso + obesidad) y que dos tercios superan el percentil 75 de crecimiento. Estos resultados concuerdan con la Encuesta Nacional de Micronutrientes 2024 del Ministerio de Salud, que califica la prevalencia de sobrepeso y obesidad escolar como “alta” y reporta 4,8 % de obesidad severa. Igualmente, coinciden con las proyecciones de la OPS/OMS (2024) sobre la progresiva carga de obesidad en la República Dominicana. En contraste, el estudio cualitativo de Caicedo (2022) describe al Ecuador con una reducción sostenida del retardo de crecimiento; aunque ambos contextos latinoamericanos evidencian sobrepeso emergente, nuestros datos reflejan una carga mayor de obesidad que la reseñada en la población indígena ecuatoriana, donde la desnutrición crónica continúa siendo preponderante.

Los 27 gráficos se basan en percentiles OMS, lo que difiere de la crítica de Roca-Reina (2022) acerca de las variaciones entre sistemas diagnósticos europeos: mientras la autora subraya la necesidad de adaptar los criterios al propósito de cada estudio, nuestros resultados corroboran que, incluso usando referencia global OMS, se identifica un importante exceso ponderal. Esto apoya la sugerencia de Caicedo de desarrollar estándares nacionales; sin embargo, a diferencia de Ecuador, en nuestra muestra el uso de tablas internacionales no subestima la magnitud real del problema.

El predominio de hábitos alimentarios parcialmente adecuados o inadecuados independientemente del estado nutricional concuerda con la revisión de Murillo-Zavala et al. (2024), que destaca la dieta hipercalórica y el sedentarismo como causas principales de obesidad infantil. Asimismo, nuestros datos revelan bajo consumo de agua y alta frecuencia de comidas rápidas entre los niños con sobrepeso/obesidad, en línea con lo descrito por Paez et al. (2022). No obstante, diferimos de este último estudio en la frecuencia de consumo de frutas y verduras, que en nuestra población fue insuficiente (< 35 %) a tono con el informe ministerial, mientras Paez documentó

alta ingesta de estos grupos.

Observamos que 71 % de las madres/tutores poseen nivel medio o alto de conocimiento, y dicha variable mostró asociación con el estado nutricional infantil. Este hallazgo coincide con la evidencia de Marcas Yupanqui et al. (2023) y García (2023), quienes reportan mejor diagnóstico nutricional en hijos de cuidadores con mayor alfabetización nutricional. Sin embargo, nuestros odds de protección fueron menos pronunciados que el OR 0,56 descrito por Marcas, sugiriendo que otros determinantes (p. ej., entorno alimentario) modulan el efecto educativo. Contrariamente, Flores et al. (2023) encontraron que la percepción parental del peso no se asoció con el IMC infantil; en nuestra muestra no evaluamos percepción, pero la combinación de conocimiento medio-alto y elevada prevalencia de obesidad podría reflejar una brecha entre “saber” y “hacer”, fenómeno también discutido por Paez.

El 48 % de los niños recibió lactancia exclusiva; quienes no fueron amamantados concentraron las mayores tasas de sobrepeso/obesidad, en concordancia con los hallazgos multinacionales de Ma et al. (2020) y con el estudio de cohorte de Matías et al. (2023), que atribuyen a la lactancia ≥ 6 meses un 26–40 % de reducción del riesgo. Nuestros datos difieren de Conde et al. (2021), donde la mayoría combinó lactancia y fórmula sin aparente protección, quizá por tratarse de una muestra clínica ya sesgada hacia obesidad.

Aunque el 87 % declaró practicar actividad física, solo 59 % lo hacía diariamente, y el grupo con sedentarismo mostró mayor riesgo nutricional, replicando el patrón descrito por el Ministerio de Salud Pública (2024) y por Ríos (2025), que relacionaron tiempo de pantalla y transporte pasivo con obesidad grado I. En contraste, Murillo-Zavala identifica el sedentarismo como factor universal, pero nuestros niños mantienen una mayor proporción de práctica diaria que las cifras (6 %) reportadas por el PAE—lo que sugiere que la calidad o intensidad del ejercicio, más que su mera presencia, podría explicar la discrepancia.

Las relaciones significativas entre riesgo de obesidad, presencia de enfermedades

crónicas familiares y hábitos dietéticos confirman la naturaleza multifactorial señalada por la OPS/OMS (2024) y sustentan las recomendaciones de Pérez (2023) sobre intervenciones educativas integrales en el ámbito escolar. Nuestros resultados difieren de Caicedo en la magnitud de desnutrición crónica (mínima en nuestra muestra) y refuerzan la necesidad—planteada por OMS/OPS—de políticas que integren etiquetado frontal, regulación de publicidad y programas de alimentación escolar para abordar simultáneamente exceso y defecto nutricional.

5.2 Conclusión

Después de la discusión analítica de los nótese, se postula la siguiente conclusión:

La muestra analizada refleja un crecimiento lineal, peso y talla aceptables para la mayoría de los escolares, con presencia equilibrada de niños y niñas en edades tempranas. Aun así, el sobrepeso y la obesidad ya están arraigados en un número significativo de casos, lo que revela una brecha entre la aparente normalidad antropométrica y el riesgo metabólico latente.

Aunque predominan la actividad física regular y el inicio oportuno de la alimentación complementaria, los hábitos dietéticos actuales son, en su mayoría, sólo parcialmente adecuados o abiertamente inadecuados. Esto explica por qué la práctica de ejercicio no basta para contrarrestar la acumulación de peso excesivo y el aumento gradual del riesgo de obesidad.

El entorno familiar muestra madres principalmente adultas jóvenes y de mediana edad, con escolaridad media o superior, pero también con alta carga de enfermedades crónicas. Este perfil sugiere que, pese a la disponibilidad de información, persisten barreras para transformar el conocimiento en conductas saludables. En conjunto, el panorama destaca la necesidad de intervenciones integrales centradas en la educación alimentaria y el fortalecimiento de estilos de vida activos, dirigidas tanto a niños como a sus cuidadores.

Capítulo VI. Recomendaciones

Ministerio de Salud Pública: promover en los establecimientos alimenticios de los centros hospitalarios un plan nutricional que incluyan disminuir alimentos procesados azucarados, harina y alimentos no saludables de su menú.

Así mismo diseñar talleres permanentes de educación nutricional incluyendo educación nutricional en las consultas pediátricas de rutina.

Ministerio de educación: distribuir guías visuales sobre nutrición adecuadas como también fortalecer estrategias para actividad física diaria.

Establecer registros escolares del estado nutricional.

Educar a personal docente y directivo sobre hábitos que previenen enfermedades metabólicas en la infancia.

Ayuntamientos: incentivar a las Juntas de vecinos para promover la participación familiar en actividades colectivas como caminatas y juegos, desarrollando programas de recreación infantil (fines de semana activos, clubes de juegos).

Bibliografía

1. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Villaizán Pérez C, Pellegrini Belinchón F, Domínguez Aurrecoechea B, Sánchez Pina C, García-Sala Viguer F, et al. Necesidad de pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021;23:e65–79.
2. Rodríguez Delgado J. El papel clave de la pediatría de atención primaria en el manejo de la obesidad infantil. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021;95(3):137–8.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC extended BMI-for-age growth charts—download. Atlanta: National Center for Health Statistics; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/growthcharts/Extended-BMI-Charts.html>
4. Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Enfermería Pediátrica, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Los pediatras y las enfermeras de pediatría son personal esencial para el manejo de la obesidad infantil en Atención Primaria. 2022 ene.
5. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos. EcoSalud Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2022.
6. Brito NB, Célix MS, Jiménez OM, García LC, Trencó PÁ. Situación del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud Español: Documento de posicionamiento del Grupo de Especialización en Nutrición Clínica y Dietética de la Academia Española de Nutrición y Dietética. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2020;24(3):278–88.
7. Guadamuz Delgado J, Miranda Saavedra M, Mora Miranda N. Sobrepeso y obesidad infantil. *Rev Medica Sinerg*. 2021;6(11):e730. doi: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v6i11.730>

8. Caicedo Cardenas DA. SITUACIÓN NUTRICIONAL ENTRE LOS PERCENTILES ECUATORIANOS Y LA OMS EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS: Nutritional situation between ecuadorian and who percentile in 12-year-old adolescents. *Más Vita Rev Cienc Salud* [Internet]. 2022 [citado el 10 de mayo de 2025];4(1):165–78. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/310>
9. Murillo-Zavala A, Adrián-Silva CS, Cevallos-Villamar LJ. Obesidad infantil: causas, tipos y complicaciones. *MQRInvestigar* [Internet]. 2024;8(1):2399–417. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56048/mqr20225.8.1.2024.2399-2417>
10. Roca-Reina Z, Lozano-Casanova M, Martínez-Sanz JM, Gutierrez-Hervás A, Hurtado-Sánchez JA, Sospedra I. Diagnóstico y clasificación del sobrepeso y la obesidad: comparación de criterios. *ijok* [Internet]. 2022;2(1):2–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34256/ijk2212>
11. Marcas Yupanqui FAJ, Peña Díaz CL. Nivel de conocimientos sobre nutrición infantil de los padres/tutores de familia y su relación con el estado nutricional de los estudiantes de la I.E. 30245 Mario Sanchez Mayta, San Jerónimo de Tunán 2023. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2024.
12. Flores M, Jearim G. Relación entre percepción de los padres/tutores del sobrepeso y obesidad con el índice de masa corporal de los estudiantes de 5° y 6° de primaria de una institución educativa de la ciudad de Tacna. 2023. Universidad Privada de Tacna; 2023.
13. Ministerio de Salud Pública (República Dominicana), Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil, FAO. Ministerio de Salud, INABIE y FAO presentan Nótese de la Encuesta Nacional de Micronutrientes 2024 [Internet]. Santo Domingo: Presidencia de la República Dominicana; 2025.
14. Ma J, Qiao Y, Zhao P, Li W, Katzmarzyk PT, Chaput JP, et al. Breastfeeding and childhood obesity: A 12-country study. *Matern Child Nutr*. 2020; e12984.

doi:10.1111/mcn.12984. PubMed PMID: 32141229; PMCID: PMC7296809.

15. Ministerio de Salud Pública, INABIE. Estado nutricional de escolares beneficiarios del PAE en RD, año escolar 2021 2022. Santo Domingo: MSP, INABIE; ene 2023. ISBN 978 9945 621 94 5.
16. OPS/OMS. Prevención de la obesidad. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; s. f.
17. Matias S; Anderson C; Koleilat M. Influencia de la lactancia sobre obesidad infantil. *International Breastfeeding Journal*. 2023;18.
18. Institute for Health Metrics 2024, WHO Global Health Observatory 2024, NCD Risk Factor Collaboration 2024, UN Population Division 2024, Lara-Castor et al 2023 (DOI: 10.1038/s41467-023-41269-8), World Obesity Federation 2024.
19. Conde MF, Mercado M. Relación entre sobrepeso, obesidad y lactancia materna exclusiva en una población pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, 2013-2019. [Santo Domingo]: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2021.
20. Paez J, Hurtado J, Abusleme R. Conocimiento, hábitos y frecuencia de alimentación de padres/tutores según estado ponderal de niños y niñas de seis a 10 años. *Retos*. 2022;919–27. (19)
21. Garcia L, Suxe G. Conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de una institución educativa de Pimentel, 2022. [Perú]: Universidad Señor de Sipán; 2023. (20)
22. Pérez P. Estrategias educativas y promoción de hábitos saludables en escolares. [España]: Universidad de Valladolid; 2023. (21)
23. Ríos E. Factores familiares asociados a obesidad de escolares en UMF 61. [Veracruz]: UNIVERSIDAD VERACRUZANA; 2025. (22)

24. UNICEF. Salud y nutrición [Internet]. México: Unicef.org; [citado 10 may 2025].
25. Deal BJ, Huffman MD, Binns H, et al. Perspective: Childhood obesity requires new strategies for prevention. *Adv Nutr.* 2020;11(5):1071–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/advances/nmaa040>
26. Condemaita Quilligana SF, Curi Chiluzza SM, Cevallos Carrión DA, Robayo González DY, Reyes Castro FJ. Sobre peso y obesidad en niños y adolescentes: revisión bibliográfica. *Salud ConCienc.* 2024;3(1):e92. doi: <https://doi.org/10.55204/scc.v3i1.e92>
27. Aznar LAM, Garrido HL. Obesidad infantil. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;1:535–42. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/43_obesidad.pdf
28. Aguirre Gómez B, Prashard Bárcena López JA, Díaz Villanueva A, et al. Guía de obesidad en pediatría para Primer y Segundo Nivel de Atención Médica (Segunda parte). *Alergia Asma Inmunol Pediatr.* 2022;31(1):8–20. doi: <http://dx.doi.org/10.35366/104881>
29. López-Alarcón MG. Manejo de la obesidad en niños y adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(Supl 2):S127–33. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10651306/pdf/04435117-60-Suppl2-S127.pdf>
30. Flynn AC, Suleiman F, Windsor Aubrey H, et al. Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: A systematic review by intervention setting. *Matern Child Nutr.* 2022;18(3):e13354. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13354>
31. Ríos-Castillo I, Lizárraga-Quintero A, Ortega L, Fontes F, Valdés V. Estrategias innovadoras de educación alimentaria y nutricional para combatir el exceso de peso y la obesidad en niños de edad escolar empleadas en países hispanos: una

revisión narrativa. Rev Chil Nutr. 2024;51(4):333–9. doi:
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182024000400333>

32. Secretaría de Salud, INSP, GISAMAC, UNICEF. Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023. México: SSA; 2023. Disponible en: https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2023/05/Gui_as_Alimentarias_2023_para_la_poblacio_n_mexicana.pdf
33. Mota Sanhua V, Reyes Camacho A, Estefan Juárez P, Martínez Castañeda D, Calero Plaza MFG, Velázquez Hernández B. Evaluación de una intervención educativa en el estilo de vida para prevenir prediabetes o diabetes tipo 2 en niños mexicanos. An Med Asoc Med Cent ABC. 2021;66(1):25–35. doi: <http://dx.doi.org/10.35366/99486>
34. Texta-Alfaro CA, Santos-Simón A, Díaz-Sánchez JG, Cahua-Pablo JÁ, Flores-Alfaro E, Vences-Velázquez G. Intervención Educativa de Sobrepeso y Obesidad Infantil en Escolares de Chilpancingo, Guerrero. Rev Cient Académ. 2024;4(1):2124–34. doi: <http://dx.doi.org/10.61384/r.c.a...v4i1.168>
35. Tarqui-Mamani CB, Sanabria-Rojas HA, Pereyra-Zaldívar H, Galarza-Anglas AA, Alcántara-Valdivia P, Portugal-Benavides WJ, et al. Intervención educativa para reducir sobrepeso y obesidad en escolares de una escuela primaria en Lima. Diagnóstico. 2023;62(1):5–12. Disponible en: <https://revistadiagnostico.fihu.org.pe/index.php/diagnostico/article/view/426/420>
36. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Obesidad y sobrepeso (Actualizado en jul. 2021).
37. Aguilar-Cordero MJ, León Ríos XA, Rojas-Carvajal AM, Latorre-García J, Expósito-Ruiz M, Sánchez-López AM. Effects of physical activity on quality of life in overweight and obese children. Nutr Hosp. 2021;38(4):736-741. English.

doi:10.20960/nh.03373. PMID: 34092077.

38. González D, Bon-Padilla K, Grijalva MI, Ortega MI. Impacto de un programa de promoción de la salud nutricional y ambiente alimentario escolar en escuelas primarias públicas. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2021;24(2):137-138. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2020.620.21.22.23.24.25.26.19.16.17.18.15.6.10.11.12.13.14.8.9.7.5.4.11>
39. Guo Y, Yin X, Sun Y, Zhang T, Li M, Zhang F, et al. Research on environmental influencing factors of overweight and obesity in children and adolescents in China. *Nutrients*. 2022; 14: 35.
40. Zhu J, Tan Y, Lu W, He Y, Yu Z. Current assessment of weight, dietary and physical activity behaviors among middle and high school students in Shanghai, China—a 2019 cross-sectional study. *Nutrients*. 2021; 13:4331.
41. Nally S, Carlin A, Blackburn N, Baird J, Salmon J, Murphy M, et al. The effectiveness of school-based interventions on obesity-related behaviours in primary school children: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Children*. 2021;8:489.
42. Rios-Castillo I, Escala L, Urriola L, McKinnon M, Kodish S, Rojas-Roque C. A Prospective Study Measuring the Effect of an Interactive Educational Program on Overweight and Obesity among School-Age Children. *Dietetics*. 2023;2:161-73.

ANEXOS - TABLAS

Tabla No. 1 Edad

Categoría (edad)	Frecuencia	Porcentaje (%)
5 años	18	17,6 %
6 años	17	16,7 %
7 años	15	14,7 %
8 años	9	8,8 %
9 años	10	9,8 %
10 años	12	11,8 %
11 años	7	6,9 %
12 años	7	6,9 %
13 años	5	4,9 %
14 años	2	2,0 %

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 2 Sexo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	52	51.0
Femenino	50	49.0

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 3 Peso al nacer (lbs)

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
3	1	1.0
4	2	2.0
5	3	2.9
5.5	3	2.9
6	16	15.7
6.5	10	9.8
6.8	1	1.0
7	18	17.6
7.5	16	15.7
8	14	13.7
8.5	7	6.9
9	5	4.9
9.5	4	3.9
10.5	1	1.0
13	1	1.0

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 4 Lactancia materna

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	49	48.0
No	12	11.8
Mixta	41	40.2

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 5 Edad de comienzo de alimentación complementaria

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor de 3 meses	15	14.7
4–6 meses	69	67.6
7–9 meses	13	12.7
10–12 meses	2	2.0
Mayor de 1 año	3	2.9

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 6 Talla (cm)

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
≤100	1	1.0
101–130	52	51.0
131–150	37	36.3
≥151	12	11.8

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 7 Peso actual (lb)

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
<100	4	4.0
101–130	19	19.0
131–150	79	77.0

Fuente: Instrumento de Investigación

Fuente: Ver tabla y anexos

Tabla No. 8 Percentil

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
<50 %	19	18.6
51–75 %	17	16.7
>75 %	66	64.7

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 9 Edad de la madre (años)

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
18–25	10	9.8
26–32	31	30.4
33–39	34	33.3
≥40	27	26.5

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 10 Escolaridad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	20	19.6
Secundaria	35	34.3
Universitaria	47	46.1

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 11 Procedencia

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Urbana	88	86.3
Rural	14	13.7

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 12 Enfermedades crónicas

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Negadas	32	31.7
Diabetes	29	28.7
Obesidad	13	12.9
Hipertensión	26	25.7
Otras	1	1.0

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 13 Actividad física

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	89	87.3
No	13	12.7

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 14 Frecuencia de actividad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	13	12.7
Diario	60	58.8
Semanal	28	27.5
Mensual	1	1.0

Tabla No. 15 Tipo de actividad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Deporte organizado	15	14.7
Juego al aire libre	45	44.1
Monta bicicleta	15	14.7
Otro	27	26.5

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 16 Diagnóstico nutricional

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajopeso	4	3.9
Normopeso	45	44.1
Sobrepeso	21	20.6
Obesidad	32	31.4

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 17 Riesgo de obesidad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adecuado	2	2.0
Moderado	62	60.8
Alto	38	37.3

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 18 Nivel de conocimiento

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alto	33	32.4
Medio	39	38.2
Bajo	30	29.4

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 19 Diagnóstico nutricional en relación con el Riesgo de obesidad

Diagnóstico \ Riesgo	Adecuado	Moderado	Alto	Total fila
Bajopeso	0.08	2.43	1.49	4
Normopeso	0.88	27.35	16.76	45
Sobrepeso	0.41	12.76	7.82	21
Obesidad	0.63	19.45	11.92	32
Total columna	2	62	38	102

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 20 Diagnóstico nutricional en relación con el Nivel de conocimiento parental

Diagnóstico \ Conocimiento	Alto	Medio	Bajo	Total fila
Bajopeso	1.29	1.53	1.18	4
Normopeso	14.56	17.21	13.24	45
Sobrepeso	6.79	8.03	6.18	21
Obesidad	10.35	12.24	9.41	32
Total columna	33	39	30	102

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 21 Riesgo de obesidad en relación con el Nivel de conocimiento parental

Riesgo \ Conocimiento	Alto	Medio	Bajo	Total fila
Adecuado	0.65	0.76	0.59	2
Moderado	20.06	23.71	18.24	62
Alto	12.29	14.53	11.18	38
Total columna	33	39	30	102

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 22 Relación entre el estado nutricional y el riesgo de obesidad

Estado nutricional	Riesgo de obesidad	Porcentaje (%)	Frecuencia
Normopeso	Alto	30	31
Normopeso	Moderado	15	15
Sobrepeso	Alto	12	12
Sobrepeso	Moderado	7	7

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 23 Relación entre el sexo y el riesgo nutricional alto

Sexo	Riesgo nutricional alto (%)	Frecuencia
Masculino	35	36
Femenino	27	28

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 24 Relación entre el sexo y el estado nutricional

Sexo	Estado nutricional	Porcentaje (%)	Frecuencia
Masculino	Normopeso	24	24
Femenino	Normopeso	21	21
Masculino	Obesidad	17	17
Femenino	Obesidad	15	15
Masculino	Sobrepeso	8	8
Femenino	Sobrepeso	12	12

Fuente: Instrumento de Investigación

Tabla No. 25 Relación entre percentil y hábitos alimenticios

	Adecuado	(%)	Parcialmente	(%)	Inadecuado	(%)
<50 %	4	21.05	10	52.63	5	26.32
51– 75 %	3	25.0	9	75.0	0	0.0
>75 %	2	3.03	60	90.91	4	6.06

Fuente: Instrumento de Investigación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Identificación De Población Infantil En Riesgo De Obesidad Mediante Sistema De Percentil De Crecimiento Y Desarrollo Y Nivel De Conocimiento De Los Padres/tutores Sobre Hábitos Alimenticios De Niños De 5-14 Años Que Acuden A Consulta De Pediatría. Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana Periodo Abril-junio 2025.

Datos participantes:

Edad _____

Sexo _____

Peso al nacer _____

Fue alimentado con leche materna

Si _____ no _____ Mixta _____

A qué edad inicio alimentación complementaria _____

Talla _____

Peso _____

Percentil _____

Datos de tutor:

Madre _____ padre _____ otro _____

Escolaridad.

Primaria _____ secundaria _____ universidad _____

Edad _____

Procedencia _____

Que enfermedad crónica están en la familia, marque todas la que aplican.

Diabetes _____

Hipertensión arterial _____

Obesidad _____

Dislipidemia _____

Enfermedades vasculares _____

Datos alimenticios

Cuanta comida come el niño durante el día

2 ___ 3 ___ 5 ___ 6 ___ mas _____ Biberones o leche _____

Quien prepara la comida del niño _____

Con que frecuencia consume el niño estos alimentos

Alimentos	Diario	interdiario	Semanal	mensual	Nunca
Huevo/lácteos					
Carnes rojas (res, ceerdo, otros)					
Carnes blancas (pollo, pescados)					

Arroz/pan / pastas/ víveres					
Frutas/vegetales					
Jugos/ refrescos/ maltas					
Galletas/ empanadas/snack fundas					
Embutidos (Salami, jamón, salchichas, etc.)					
Azucares(caramelos)					

Lleva el niño merienda preparada en la casa a la escuela o compra en la escuela

De casa _____ que le envía_____

En la escuela_____

El niño consume alimentos mientras usa dispositivos eléctricos

Si____ no ____

Actividad física

Realiza el niño actividad física

Si__ no__

Que tipo de dispositivo

Tablet____ Celular____ TV____ Horas de uso_____

Con que frecuencia realiza actividad física

Diario

Semanal

Mensual

Nunca

Horas de recreación _____

Que tipo de actividad física realiza

Juega al aire libre

Deporte organizado

Monta bicicleta

Otro _____

Conocimiento sobre los alimentos

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos Carnes/ huevos/lácteos

Carbohidratos _____ proteínas _____ grasas _____ fibras _____ otros _____

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos nueces (almendras, manís, etc.)

Carbohidratos _____ proteínas _____ grasas _____ fibras _____ otros _____

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos pan/pastas/ víveres

Carbohidratos _____ proteínas _____ grasas _____ fibras _____ otros _____

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos frutas/vegetales

Carbohidratos _____ proteínas _____ grasas _____ fibras _____ otros _____

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos galletas/ cornflakes

Carbohidratos _____ proteínas _____ grasas _____ fibras _____ otros _____

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos embutidos (salami, jamón, salchichas)

Carbohidratos_____ proteínas_____grasas_____ fibras_____ otros_____

A que macronutrientes pertenecen estos alimentos jugos/ refrescos/ maltas

Carbohidratos_____ proteínas_____grasas_____ fibras_____ otros_____

Que es mejor comer la fruta o hacer jugos

Comer la fruta_____

Hacer jugos_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título Del Estudio:

Identificación De Población Infantil En Riesgo De Obesidad Mediante Sistema De Percentil De Crecimiento Y Desarrollo Y Nivel De Conocimiento De Los Padres/tutores Sobre Hábitos Alimenticios De Niños De 5-14 Años Que Acuden A Consulta De Pediatría. Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana Periodo Abril-junio 2025.

1. Introducción

Usted está siendo invitado a participar en un estudio de investigación que busca identificar la población infantil en riesgo de obesidad de niños de 5-14 años y determinar el nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre los hábitos alimenticios. Este estudio se realizará en la consulta de pediatría del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el periodo abril-junio 2025.

Antes de participar es importante que comprenda el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los beneficios y los riesgos potenciales, y sus derechos como participante.

2. Objetivo del estudio

Este estudio tiene como finalidad:

- ✓ Identificar la población infantil en riesgo de obesidad mediante sistema de percentil de crecimiento y desarrollo y nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre hábitos alimenticios de niños de 5-14 años.
- ✓ Identificar el estado nutricional de niños entre 5'14 años
- ✓ Identificar hábitos alimenticios que tienen los niños de la población en estudio
- ✓ Determinar enfermedades no transmisibles asociadas al sobre peso y obesidad de población estudiada
- ✓ Promover hábitos alimentarios en los padres/tutores que acuden a la consulta de pediatría.

3. Procedimiento

Si usted está dispuesto a participar, se le solicitara que responda un cuestionario estructurado con preguntas sobre los datos del participante y/o tutor, datos alimenticios, si realiza alguna actividad física y conocimiento sobre los alimentos. Este cuestionario tomara de 5-10 minutos en completarse.

Toda la información proporcionada será manejada con estricta confidencialidad y será utilizada únicamente con fines de investigación.

4. Riesgos y beneficios

Riesgos:

La participación en este estudio no implica riesgos físicos o médicos. Sin embargo, algunas preguntas pueden generar alguna incomodidad. Si en algún momento desea omitir alguna pregunta o retirarse del estudio, podrá hacerlo sin ningún problema.

Beneficios:

- ✓ Su participación ayudara a identificar las tasas de sobrepeso y obesidad en niños de la comunidad.
- ✓ Ayudará a generar conocimientos sobre enfermedades crónicas no transmisibles a temprana edad como la hipertensión y la diabetes asociadas a la obesidad.
- ✓ No recibirá compensación económica por su participación, pero su contribución será valiosa para el estudio.

5. Confidencialidad:

La información obtenida será utilizada únicamente para fines de investigación. Sus respuestas serán anónimas y se mantendrán con estricta confidencialidad. Los datos

se presentarán de manera general, sin identificar los participantes individualmente.

6. Participación voluntaria y derecho a retirarse

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y tiene derecho a:

- ✓ No participar sin ninguna consecuencia
- ✓ Retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones
- ✓ Omitir cualquier pregunta del formulario que no desee responder

Si desea retirarse cualquier información recolectada, será eliminada si así lo desea.

7. Contacto

Si tiene alguna pregunta o inquietud en el estudio, puede comunicarse con el investigador principal:

Michel Alexandra Zayas Ortega

michelzayas@gmail.com

809-989-0606

Milagros Natali Gross Mendoza

milagrosgrossmendoza@gmail.com

829-325-1102

Si tiene preguntas sobre sus derechos de la investigación, puede contactar el Comité de Ética en la investigación de UNUBE al 809-689-4111.

8. Declaración de consentimiento

He leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio. Me han aclarado todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria. Autorizo mi participación en este estudio y la recopilación de información sobre el estado nutricional de mi hijo/a.

Nombre del participante -----

Firma del participante -----

Fecha -----

Nombre del investigador -----

Firma del investigador -----

Fecha -----