



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**FACTORES QUE DETERMINAN LA OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA ATE VITARTE, 2019**

**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. LOYER AGUIRRE BARRIOS

Bach. YULIA MARIELA ESPINOZA LEON

ASESORA

Dra. ILSE FAUSTINA FERNANDEZ HONORIO

LIMA – PERU

2019



ACTA DE SUSTENTACIÓN

N° 013-2019-OGYT-FCS-UMA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

En San Juan de Lurigancho, a los 29 días del mes de marzo del año 2019 en el ambiente de la Sala de Grados; se reunieron los Jurados de Sustentación, integrados por:

Presidente : Mg. Carlos Gamarra Bustillos.

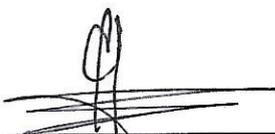
Integrante : Mg. Carmen Rosa Jesús Tamayo Arteaga.

Integrante : Dr. Randall Jesús Seminario Unzueta.

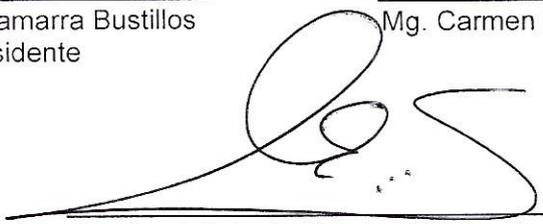
Para evaluar la Tesis:

“Factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019”; presentado por: Bach. LOYER AGUIRRE BARRIOS. Participando en calidad de asesora: Dra. Ilse Faustina Fernández Honorio.

Los señores miembros del Jurado, después de haber atendido la sustentación, evaluar las respuestas a las preguntas formuladas y terminada la réplica; luego de debatir entre sí, reservada y libremente lo declaran..... Aprobado.....
(Aprobado/Desaprobado) por..... Unanimidad.....(Unanimidad/Mayoría)
con el calificativo de 17.....(Mención Sobresaliente(18-20)/
Mención Notable(16-17)/ Aprobado(11-15)/ Desaprobado], equivalente a —....., en fe de lo cual firmamos la presente Acta, siendo las 16:50..... horas del mismo día, con lo que se dio por terminado el Acto de Sustentación.


Mg. Carlos Gamarra Bustillos
Presidente


Mg. Carmen Rosa Jesús Tamayo Arteaga
Integrante


Dr. Randall Jesús Seminario Unzueta
Integrante



ACTA DE SUSTENTACIÓN

N° 014-2019-OGYT-FCS-UMA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

En San Juan de Lurigancho, a los 29 días del mes de marzo del año 2019 en el ambiente de la Sala de Grados; se reunieron los Jurados de Sustentación, integrados por:

Presidente : Mg. Carlos Gamarra Bustillos.

Integrante : Mg. Carmen Rosa Jesús Tamayo Arteaga.

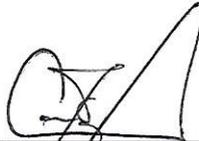
Integrante : Dr. Randall Jesús Seminario Unzueta.

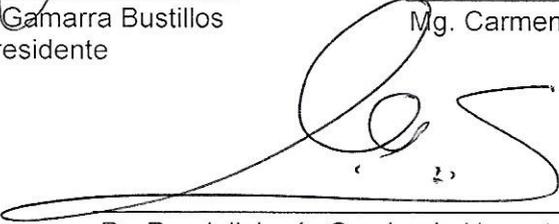
Para evaluar la Tesis:

“Factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019”; presentada por: Bach. YULIA MARIELA ESPINOZA LEON. Participando en calidad de asesora: Dra. Ilse Faustina Fernández Honorio.

Los señores miembros del Jurado, después de haber atendido la sustentación, evaluar las respuestas a las preguntas formuladas y terminada la réplica; luego de debatir entre sí, reservada y libremente lo declaran..... Aprobado
(Aprobado/Desaprobado) por..... Unanimidad(Unanimidad/Mayoría)
con el calificativo de 16(Mención Sobresaliente(18-20)/
Mención Notable(16-17)/ Aprobado(11-15)/ Desaprobado], equivalente a 7, en fe de lo cual firmamos la presente Acta, siendo las 16:50 horas del mismo día, con lo que se dio por terminado el Acto de Sustentación.


Mg. Carlos Gamarra Bustillos
Presidente


Mg. Carmen Rosa Jesús Tamayo Arteaga
Integrante


Dr. Randall Jesús Seminario Unzueta
Integrante

DEDICATORIA

A Dios, quien es el merecedor de toda gloria, nos sostuvo en los momentos más difíciles en nuestro camino, nos dio fuerzas para seguir adelante persiguiendo nuestras metas, así no desmayar con las dificultades que se nos presentaban, enseñándonos a enfrentar todas las dificultades de la vida mostrándonos un camino más justo.

A nuestros padres fueron quienes nos sostuvieron con sus enormes enseñanzas que dieron durante la infancia, gracias a ellos somos personas responsables, ellos nos dieron un gran ejemplo en constituir valores y principios, nos enseñaron a no abandonar nuestro objetivo trazado.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos infinitamente a Dios, por protegernos durante nuestro camino y darnos fuerzas para superar todas las dificultades a lo largo de nuestra vida.

A nuestros padres quien nos enseñó a no abandonar ni rendirnos ante nada, nos sostuvieron con su amor y sabios consejos. Y sabemos que están orgullosos de nosotros al saber la calidad de persona en cual nos hemos convertido.

A nuestra asesora Dra. Ilse Faustina Fernández Honorio, gracias a sus sabios consejos y apoyo incondicional durante la formación académica y durante la elaboración de esta tesis. Sin usted hoy no existiría esta tesis, siempre la recordaremos como la maestra ejemplar.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación sobre “factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019” tiene como objetivo general identificar los factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años, la metodología utilizada en la investigación científica aplicada, De acuerdo al análisis es descriptivo y analítico o causal, y de corte transversal, la población estudiada fue 29 niños menores de 10 años. La recolección de datos se realizó a través del instrumento preestablecido .el procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico de SPSS.

Los resultados obtenidos fueron: en el factor demográfico, 62.0% fueron del sexo masculino, con bajo riesgo de obesidad, entre las edades de 5 a 10 años con el 55.2 %, con bajo riesgo de obesidad. En relación al factor social, el entorno obesogénico, el 79.3 % de los niños fue el determinante de los niños con obesidad de bajo riesgo y el Nivel educativo de primaria, con 51.7 % ubicándose en el bajo riesgo de obesidad. En el factor cultural que determinan la obesidad de los niños es la frecuencia del consumo de alimentos más de cuatro veces al día con el 79.3 %; y el tiempo frente al televisor del niño con el 44.7% de los niños permaneciendo más de 3 horas frente al televisor. En relación al factor nutricional el consumo de granos con el 79.3%. Fue el determinante de la obesidad de los niños ubicándose en el bajo riesgo de obesidad. Se concluye que el perfil de obesidad de los niños menores de 10 años la mayoría se encuentra entre las edades de 5 a 10 años y son del sexo masculino con un peso de 31kg a 50kg de peso.

Palabra clave: factores demográficos, sociales culturales y nutricionales, determinantes, obesidad en niños.

ABSTRACT

The present research work on "factors that determine obesity in children under 10 years of age in the health center Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019" has as a general objective to identify the factors that determine obesity in children under 10 years of age, methodology used in applied scientific research, According to the analysis is descriptive and analytical or causal, and cross-sectional, the population studied was 29 children under 10 years. Data collection was done through the pre-established instrument. Data processing and analysis was done through the statistical package of SPSS.

The results obtained were: in the demographic factor, 62.0% were male, with low risk of obesity, between the ages of 5 to 10 years with 55.2%, with low risk of obesity. In relation to the social factor, the obesogenic environment, 79.3% of children were the determinant of children with low-risk obesity and primary education level, with 51.7% being located in the low risk of obesity. In the cultural factor that determines the obesity of children is the frequency of food consumption more than four times a day with 79.3%; and the time in front of the television of the child with 44.7% of the children staying more than 3 hours in front of the television. In relation to the nutritional factor, the consumption of grains with 79.3%. It was the determinant of the obesity of children, placing them at the low risk of obesity. It is concluded that the obesity profile of children under 10 years old is mostly between the ages of 5 to 10 years old and they are male with a weight of 31kg to 50kg of weight.

Keyword: demographic, social, cultural and nutritional factors, determinants, obesity in children.

ÍNDICE

CARATULA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE.....	vi-vii
LISTA DE TABLAS.....	viii
INTRODUCCION.....	ix-x
1. Problema de investigación.....	1-2
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema General	5
1.2.2 Problemas Específicos.....	5
1.3 Objetivos.....	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivo Específicos.....	6
1.4 Justificación.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes.....	8-13
2.2 Base teórica.....	14-28
2.3 Definición de términos básico.....	29
2.4 Hipótesis.....	30
2.4.1 Hipótesis general.....	30
2.4.2 Hipótesis específicas.....	30
3. METODOLOGÍA	31
3.1 Tipo de investigación.....	31
3.2 Nivel de investigación.....	31
3.3 Diseño de la investigación.....	31
3.4 Área de estudio.....	31
3.5 Población y muestra: Criterios de inclusión y exclusión.....	31-32
3.6 Variables y Operacionalización de variables.....	33-42

3.7	Instrumentos de recolección de datos.....	43
3.8	Validación de los instrumentos de recolección de datos.....	44
3.9	Procedimientos de recolección de datos.....	44
3.10	Componente ético de la investigación.....	44-45
3.11	Procesamiento y análisis de datos.....	45
4.	RESULTADOS.....	46-54
5.	DISCUSIÓN.....	55
6.	CONCLUSIONES.....	56
7.	Recomendaciones.....	57
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58-61
9.	ANEXOS.....	62
9.1	Matriz de consistencia.....	63-65
9.2	Instrumento de recolección de datos.....	66-69
9.3	Consentimiento informado.....	70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: obesidad en niños menores de 10 años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte- 2019, según la dimensión demográfica.....	48
Tabla 2: obesidad en niños menores de 10 años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte -2019, según la dimensión social.....	49
Tabla 3: obesidad en niños menores de años 10 atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte -2019, según la dimensión nutricional.....	50
Tabla 4: obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte -2019, según la dimensión cultural.....	51-52

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la obesidad infantil. Según la Organización mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m^2 . También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm. La obesidad forma parte del síndrome metabólico, y es un factor de riesgo conocido, es decir, es una indicación de la predisposición a varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus y osteoartritis, así como para algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales.

Aunque la obesidad es una condición clínica individual, se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento: La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos (21)

Según las informaciones obtenidas mediante encuestas realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), poniendo en alerta un problema de salud alarmante. (10)

La obesidad es una enfermedad crónica que se encuentra presente en todos los grupos poblacionales y con una tendencia a aumentar en función del tiempo. Las mayores prevalencias se dan en la población adulta seguida por el grupo escolar, pre-escolar y adolescente. Los que viven en áreas urbanas, las mujeres y los considerados no pobres son los más afectados. La obesidad ya está presente en todo el mundo y ha sido declarada la epidemia del siglo XXI. Su presencia se relaciona a enfermedades como la diabetes mellitus 2, la hipertensión arterial, las dislipidemias y algunos tipos de cánceres. En los adolescentes ya se encuentra complicaciones como la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. Los factores que condicionan los cambios en los estilos de vida (patrones dietarios y sedentarismo) están cada vez más vigentes y con una tendencia a una mayor presencia en el futuro, lo cual hace que el panorama de la obesidad se vea sombrío. Pese a todas las recomendaciones dadas por organismos

internacionales, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con las medidas que ha tomado el Estado, en especial la ley de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes, la prevalencia de la obesidad continúa aumentando. Es menester hacer tomar conciencia a la población que la obesidad es una enfermedad que ocasiona complicaciones que comprometen muy seriamente la salud. Para ello es necesario seguir las recomendaciones que tienden a orientarnos en una alimentación saludable y en una promoción de la actividad física. Comprometer a aquellas personas e instituciones que tengan que ver de alguna manera con los estilos de vida, que se sumen al esfuerzo dirigido a ofrecerle una buena salud a la población.

(11)

Por otra parte el interés para realizar el presente trabajo de investigación fue para identificar los factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años que se atienden en el centro de salud Gustavo Lanatta. Así mismo nos interesamos por aportar datos estadísticos recientes sobre este problema de salud pública.

La encuesta a las madres de los niños con obesidad se llevó a cabo mediante un instrumento de recolección de datos (cuestionario) en las encuestas estuvo relacionado las preguntas acerca de factores demográficos sociales culturales y nutricionales.

Por ello el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de salud Gustavo Lanatta ate vitarte 2019.

La estructura del estudio de investigación está compuesto por: problema de investigación, que contiene el contexto de los problemas relacionados con la obesidad infantil , el objetivo general y específicos que se busca alcanzar, y la justificación que muestra la importancia del trabajo . Marco teórico, que comprende la descripción del estudio de ámbito nacional e internacional .con respecto a las variables del estudio considerada en la parte de los antecedentes, la base teórica que fundamenta los conceptos que engloba la investigación. Y la definición de términos. Metodología consta del tipo, diseño y área de estudio además describe las características de los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, así como la operacionalización de variables correspondientes, el instrumento de recolección de datos, consideraciones éticas. Resultados donde se evidencia la distribución de datos mediante tablas, seguido la interpretación según los objetivos formulados y al final se presenta las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema

La obesidad constituye una pandemia que afecta a los diferentes grupos etarios, sin límites en relación con la raza o el sexo. La obesidad se ha incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y en desarrollo, constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil (1,2). Algunos opinan que alrededor de 1/3 de todos los niños son obesos; esta misma incidencia se describe en la edad adulta, lo que hace pensar que los niños obesos serán adultos obesos. Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones se caracteriza por exceso de grasa en el organismo. En todo el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2015. Sólo en la región de África según la Organización Mundial de Salud (OMS), el número de niños con sobrepeso u obesidad aumentó de 4 a 9 millones en el mismo período. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%.

Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025. Sin intervención, los lactantes y los niños pequeños obesos se mantendrán obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

La obesidad infantil está asociada a una amplia gama de complicaciones de salud graves y a un creciente riesgo de contraer enfermedades prematuramente, entre ellas, diabetes y cardiopatías.

La lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de edad es un medio importante para ayudar a impedir que los lactantes se vuelvan obesos.

La prevalencia de la obesidad infantil en los últimos veinte años ha aumentado bruscamente. El incremento se debe básicamente a la alimentación pobre en proteínas y la vida sedentaria; pero también, por la presencia de relaciones

conflictivas entre padres e hijos en los que inciden ciertas pautas culturales de la época y la importancia de la correcta alimentación. Se estima que hoy en día, en muchos países, uno de cada 10 niños es obeso al llegar a los 10 años. Las enfermedades se ven venir a largo plazo, constituyendo una preocupación en muchos países. (1) Esta obesidad se hace aún un más grave porque pasa desapercibido, ya que rara vez es causa primaria de consulta, debido a su presentación asintomática, además que los padres consideran que un niño gordo es sinónimo de buena salud, predisponiéndolo a sufrir especialmente complicaciones de tipo metabólico y cardiovascular a edad temprana y durante la adultez, considerando además el impacto que tiene la obesidad sobre el crecimiento del niño. (2)

La OMS refiere que la obesidad es un problema de salud pública dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, donde actualmente no solo abarca al adulto sino también al niño, señala también que ha alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Éste es uno de los problemas más importante del siglo XXI. (3)

Definiéndolo como el valor del Índice de Masa Corporal igual o superior al 95 percentil (4). La obesidad infantil es un problema grave de salud pública que a lo largo del tiempo ha ganado importancia ya que años atrás el concepto de gordura era sinónimo de belleza. La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, de inicio en la infancia causada por una interacción genética y ambiental. Es el principal factor de riesgo para diferentes enfermedades crónicas. (5) El informe de las autoridades del XIV Congreso Internacional de Pediatría celebrado en Cancún, México en el 2006, señala que el 35% de la población infantil del mundo está teniendo problemas de exceso de peso corporal. Esta cifra coincide con los cálculos que maneja Unicef (6). Se estima que en el mundo existen 22 millones de niños menores de cinco años con obesidad, asimismo, en Estados Unidos de América (EEUU) desde 1980, se ha reportado un incremento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad durante la última década, el cual es más resaltante en escolares y adolescentes, grupos de edad donde se ha duplicado y triplicado, respectivamente.

En Europa y América Latina, se observa un incremento paulatino y sostenido de su incidencia, condición que se ha relacionado con cambios en los estilos de vida, fundamentalmente con el aumento en la ingesta de energía y disminución de la

actividad diaria. (7) Estudios del 2011 señalan que España se ha situado por delante de EEUU en obesidad infantil, con un 19% de niños obesos en este país frente al 16% de los estadounidenses. Pedro José Benito, ha presentado el resultado de un Programa de Nutrición y Actividad Física para el tratamiento de la Obesidad (Pronaf). (8).

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006, en México se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los que señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares. (9)

En Latinoamérica, el sobrepeso y la obesidad son de alguna manera subestimados, por ser considerados problemas propios de los países desarrollados y menos relevantes, ante los problemas de desnutrición existentes vinculados al deterioro socioeconómico de la población. Sin embargo, se destaca el incremento de obesidad en países que presentan altos índices de pobreza y déficit de crecimiento, entre los que se considera el Perú, una sociedad caracterizada por la continua migración de la población rural que genera una rápida urbanización, a su vez, influye en la problemática alimentaria, originando el doble problema de desnutrición y obesidad en el mismo hogar, caracterizando el fenómeno denominado transición nutricional“. Según datos de la OPS, el sobrepeso y la obesidad afectan del 20% al 25% de los menores de 10 años en América Latina.

En Perú, la obesidad ocupa el tercer lugar en América Latina solo después Chile y México según el último estudio de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) realizada en Jamaica en el 2018. La obesidad infantil, medida en niños menores de 10 años, llega a un alarmante 19,3%. Además, se estima que en el 80% de casos, si un niño es obeso, lo seguirá siendo cuando llegue a la adultez. “Apenas dos de cada diez niños realizan actividad física cinco veces a la semana. Esto no solo es un tema de salud personal, también es un problema para el Estado y la salud pública.

Según las informaciones obtenidas mediante encuestas realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), poniendo en alerta un problema de salud alarmante. (10)

La obesidad es una enfermedad crónica que se encuentra presente en todos los grupos poblacionales y con una tendencia a aumentar en función del tiempo. Las

mayores prevalencias se dan en la población adulta seguida por el grupo escolar, pre-escolar y adolescente. Los que viven en áreas urbanas, las mujeres y los considerados no pobres son los más afectados. La obesidad ya está presente en todo el mundo y ha sido declarada la epidemia del siglo XXI. Su presencia se relaciona a enfermedades como la diabetes mellitus 2, la hipertensión arterial, las dislipidemias y algunos tipos de cánceres. En los adolescentes ya se encuentra complicaciones como la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. Los factores que condicionan los cambios en los estilos de vida (patrones dietarios y sedentarismo) están cada vez más vigentes y con una tendencia a una mayor presencia en el futuro, lo cual hace que el panorama de la obesidad se vea sombrío. Pese a todas las recomendaciones dadas por organismos internacionales, en particular la (OMS), y con las medidas que ha tomado el Estado, en especial la ley de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes, la prevalencia de la obesidad continúa aumentando. Es menester hacer tomar conciencia a la población que la obesidad es una enfermedad que ocasiona complicaciones que comprometen muy seriamente la salud. Para ello es necesario seguir las recomendaciones que tienden a orientarnos en una alimentación saludable y en una promoción de la actividad física. Comprometer a aquellas personas e instituciones que tengan que ver de alguna manera con los estilos de vida, que se sumen al esfuerzo dirigido a ofrecerle una buena salud a la población. (11)

En Ate Vitarte más de tres mil niños en edad escolar sufren de sobrepeso y obesidad. del total de 3 mil 580 estudiantes de entre 6 a 12 años de 13 instituciones educativas que se atienden en centros de salud entre ellos Gustavo Lanatta de Ate vitarte sufren de sobrepeso u obesidad 24.6% y de obesidad 18.6%, según un estudio realizado en el año 2016 por el Hospital Vitarte, adscrito al Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

El sobrepeso y la obesidad infantil es un problema de malos hábitos alimenticios que se inicia a los 6 meses de edad del bebé, cuando ingiere sus primeras papillas ya sea porque consume alimentos con exceso de tubérculos (papa, camote), papillas elaborada con productos procesados y luego esta figura se repite en la edad escolar con las loncheras que contienen gaseosas, galletas rellenas, leche chocolatada rica en azúcar, productos denominados (comida chatarra).

En el centro de salud Gustavo Lanatta. No está lejos de este problema ya que se pudo evidenciar durante nuestro internado 2018 los niños que acudían a los

consultorios sufrían un promedio elevado de obesidad llegándose a constatar un total de 50 niños obesos en tres meses de una población no mayor a 150 niños atendidos en dicho centro de salud esto comprueba que la obesidad está en aumento en todo el país.

La razón por lo que es importante realizar este proyecto de investigación es porque contribuirá a brindar información acerca de las consecuencias de padecer obesidad en niños menores de 10 años esto ayudara a que las autoridades pertinentes tomen decisiones correspondientes a facilitar la prevención y recuperación de esta enfermedad en el centro de salud Gustavo Lanatta ha ido en aumento la obesidad en niños en los últimos años.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son las características demográficas que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019?

¿Cuáles son los factores sociales que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019?

¿Cuáles son los factores Nutricionales que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019?

¿Cuáles son los factores culturales que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Objetivo General

Establecer los factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características demográficas que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019
- Conocer los factores sociales que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019
- Identificar los factores nutricionales que determinan la obesidad en niños menores de años 10 atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019
- Identificar los factores culturales que determinan la obesidad en niños menores 10 de años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019

1.4 JUSTIFICACIÓN

- Ampliar los conocimiento teórico y práctico en relación a la obesidad que permitan generar una vida saludable del niño y sus familias y así contribuir en la disminución del costo de recuperación y tratamiento que involucra el padecer la obesidad y sus complicaciones.
- Los resultados de la presente investigación servirá como una importante contribución a los programas de crecimiento y desarrollo de los niños en sus diferentes etapas en relación a la prevención y promoción de la salud sobre obesidad.
- La difusión de los resultados servirá como información para los tomadores de decisiones en los diferentes establecimientos de salud que brindan atención a la población más vulnerable de enfermar o morir, generando una muerte prematura.

- La publicación de los resultados constituirá importante información para los programas relacionados con la obesidad, y para las personas, familias, pacientes que tengan el riesgo de padecer las enfermedades de tipo metabólico, así como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, y problemas miocárdicos, y otros que genera un alto costo económico para la persona, familia y el estado.
- Los resultados servirán para los proveedores del sector educativo para llevar a cabo estrategias de desarrollo psicosomático teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A nivel Internacional

- GUZMÁN-LOAIZA, Mary Johanna; PÉREZ-SALGADO (Colombia) 2014-2015 el sobrepeso y la obesidad afectan la salud pública a nivel mundial y su aumento responde a múltiples factores. Objetivo: determinar factores socioeconómicos, demográficos, familiares e institucionales asociados a exceso de peso en niños de 2 a 5 años escolarizados en Envigado- Antioquia durante 2014-2015, para fortalecer estrategias de prevención de sobrepeso y obesidad infantil. Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo transversal, con una muestra de 278 menores seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se hizo evaluación antropométrica y se aplicaron encuestas a padres y docentes. Se realizó análisis estadístico bivariado y multivariado en SPSS. Resultados: el 28,8% presentó exceso de peso (9,7% obesidad y 19,1% sobrepeso); 48,6% correspondía a niños de 5 años y 47,8% eran mujeres. Los factores asociados con exceso de peso fueron: no asistencia al programa de crecimiento y desarrollo preferencia por ver televisión y uso de videojuegos en tiempo libre no consumir cereales y tubérculos en la lonchera y antecedente de obesidad o sobrepeso en familiar o cuidador los factores que mejor explican el exceso de peso infantil corresponden a antecedentes familiares y las prácticas de cuidado en el hogar (12)

- DR. Enrique ríos guzmán (México) 2015 realizo un estudio sobre “factores familiares asociados a obesidad infantil de UMF 61” Objetivo. Conocer cuáles son los factores familiares que influyen en la obesidad de los escolares en control nutricional dentro de la UMF 61. **Material y métodos.** 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. **Resultados.** 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 veces a la 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. 4 **Conclusión.** El sedentarismo reflejado en horas de ver TV, menos ejercicio en la familia y el ausentismo de los padres fueron los factores encontrados en este grupo de niños con obesidad. (13)

- Domínguez, L. Fernández-Britto (Cuba) 2014 Se realizó un estudio, Sobrepeso y dislipidemias en niños Actualmente hay consenso en que el proceso ateroesclerótico se inicia en la infancia, y la dislipidemia es uno de los principales factores de riesgo aterogénicos que deben ser estudiados, así como la valoración nutricional para una adecuada prevención .Objetivo: identificar algunas señales de aterosclerosis tempranas como el sobrepeso y las dislipidemias en adolescentes. Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal de 372 adolescentes de la secundaria básica “protesta de baragua”. Se hicieron medidas

De peso, talla, índice de masa corporal y circunferencia de cintura. Se tomó muestra de sangre venosa con ayuno de 12 horas. Se midió el colesterol total, el colesterol unido a lipoproteína baja y alta densidad, y triglicéridos. En el análisis estadístico se realizaron prueba de comprobación de media entre variables de valoración nutricional y lipídicas entre sexos (prueba t), y se trabajó con una probabilidad de error menor de 0,05.

Resultados: la media del peso, talla y circunferencia de la cintura fueron mayores en el

sexo masculino ($p < 0,05$). El exceso de peso fue 23,7 %, y a partir del percentil 90-97 hubo un 21,8 % de exceso de grasa abdominal. La media del colesterol total, lipoproteínas de alta y baja densidad y triglicéridos, fue similar en los diferentes sexos, sin relación significativa ($p > 0,05$). El 18,5 % presentó colesterol total límite alto, el 26,6 % tenía triglicéridos límite alto y 7,5 % alto, con predominio del sexo femenino.

Conclusiones: alrededor de la cuarta parte de los adolescentes tenían exceso de peso e incremento de la grasa abdominal, casi la cuarta parte tenía el colesterol total límite y alto, y la alteración lipídica observada con mayor frecuencia fue la hipertrigliceridemia. (14)

- Alberdi G, Mc Namara Unión Europea (2016), ha desarrollado el estudio El objetivo del estudio fue revisar sistemáticamente la evidencia de la edad del niño y el riesgo de sobrepeso u obesidad en la infancia a través de una búsqueda en diversas bases de datos para identificar estudios observación elegibles publicados en idioma inglés entre los años 2000 y 2016. Los arreglos de cuidado de niños más comúnmente informados se basan en el centro (por ejemplo, guardería) y cuidado informal (por ejemplo, parientes, vecinos, amigos). La atención informal, el estilo de vida, la baja educación materna, el alto peso al nacer y el índice de masa corporal del padre se asociaron con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia. Se concluye que la relación entre cuidado infantil y sobrepeso /obesidad infantil es multifacética con muchos aspectos relacionados con la adiposidad infantil (15).

-VICENTE SANCHEZ ,GARCIA Karen (Cuba) 2017 Se realizó un estudio Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 Fundamento: la obesidad constituye un grave problema de salud a nivel mundial, que ha dejado de ser una enfermedad poco frecuente, para convertirse en una epidemia emergente con efectos inmediatos en la infancia. Objetivo: determinar la presencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5-12 años. Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron 39 niños, seleccionados al azar, pertenecientes al área V del municipio Cienfuegos, en el período de marzo 2014-junio 2015. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, peso, talla, evaluación nutricional, cifras de tensión arterial, antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles. Los datos derivados del formulario aplicado fueron llevados a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 18,0 y los resultados obtenidos se presentan en tablas mediante

números y porcentajes. Resultados: existió un predominio del sexo femenino (51,3 %) y de los grupos de edad de 5-6 años (41,0 %) y 7-8 años (28,2 %). El 71,8 % tuvo tensión arterial normal y el 35,90 % de los niños fue evaluado como obeso según el índice de masa corporal. El sobrepeso/obesidad y la hipertensión fueron los antecedentes más referidos por las madres (60,0 % y 33,3 %); entre los padres la hipertensión arterial ocupó el primer lugar, seguida del sobrepeso/obesidad y la diabetes mellitus. Conclusiones: un alto por ciento de los niños es obeso desde edades tempranas de sus vidas. (16).

A nivel Nacional

- Pajuelo-Ramírez J, Doris Alvarez-Dongo Perú (2016) realizaron un estudio en relación al “Sobrepeso, obesidad y desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años en Perú, 2009-2010” siendo el objetivo del estudio, determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años en Perú fue un Estudio transversal utilizando la Encuesta Nacional de Hogares del 2009 al 2010. Se analizó la relación talla/edad con referencias del National Center for Health Statistic (NCSH) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando debajo de menos dos desviaciones estándar para desnutrición crónica (DC); y las tablas de referencias de Must y de la OMS para medir el índice de masa corporal con valores percentiles entre 85 y 95 para sobrepeso y por encima del percentil 95 para obesidad. Obteniendo los siguientes resultados: Utilizando como referencia Must el sobrepeso fue 12,1% y la obesidad 9,4%, y de acuerdo a la OMS el sobrepeso y la obesidad fueron 10,2 y 11,3% respectivamente. La prevalencia de DC según referencias de la NCSH y OMS es 15,4 y 17,8% respectivamente. Mayor prevalencia de DC se encuentran en la sierra norte (25,2%), sierra centro (22,9%) y sierra sur (19%), mientras que la obesidad está más presente en la costa sur (28%), Lima Metropolitana (22,8%) y costa centro (22,5%). De los niños con DC el 6,5% tiene sobrepeso y 1,2% obesidad y llegando las siguientes conclusiones: La DC está disminuyendo por cuanto los promedios de talla han mejorado, sin embargo la obesidad se ha duplicado. La presencia de DC y obesidad en niños de 6 a 9 años en diferentes regiones del Perú propone un reto en la planificación de políticas de alimentación y nutrición. (17)

- Contreras Ortiz Lindsay Nivia. Febres Fedia Pamela (Arequipa -Perú) 2016-2017 realizaron un estudio sobre “relación del estilo de vida con el sobrepeso y obesidad en alumnos de instituciones educativas estatales del nivel primario del pueblo joven

independencia, alto selva alegre – Arequipa 2016” **objetivo:** Determinar la relación de estilos de vida con el sobrepeso y obesidad en alumnos de instituciones educativas estatales del nivel primario del Pueblo Joven Independencia, Alto Selva Alegre. **Tipo de estudio** descriptivo Para ello se aplicó como instrumento de investigación social el cuestionario a través de la técnica de entrevista a los 200 estudiantes de ambos sexos de las instituciones educativas Los datos fueron procesados estadísticamente e interpretados con las pruebas de Wilcoxon y Kruskal Wallis mediante EPI- INFO versión 6.0; llegando a las siguientes **conclusiones:** que la frecuencia de Obesidad es de 54% y la de Sobrepeso 46%. El 39% de niños con edades de 8 y 9 años tienen Sobrepeso y Obesidad, y el grupo control 54% tienen 6 y 7 años. Los estilos de vida y el lugar influyen en la frecuencia de Sobrepeso y Obesidad; la alimentación es un factor significativo ya que el 19% de los niños con una alimentación saludable presenta un IMC normal y solo el 2% de los niños con Sobrepeso y Obesidad tiene la misma alimentación. En cuanto a actividad física; la realizan el 62% de los niños con sobrepeso y obesidad inversamente al 100% del grupo control; la frecuencia es menor a 3 días a la semana 69.4% en cuanto al tiempo que dedican a la realización de actividad física el 88.3% tiene un tiempo insuficiente menor a 60 minutos. Por otro lado, el 100% del grupo control realizan actividad física, además de hacerlo con mayor frecuencia de 3 a 5 días/semana 63%. A pesar de que el 100% no realiza el tiempo ideal. El 48% del grupo de estudio tiene más de 2 horas libres y el grupo control el 78% tiene menos de 2 horas libres. Ambos grupos dedican su tiempo libre mayormente a ver televisión 64% y 68% respectivamente. El sexo y con quien viven los niños no influyen en el sobrepeso y Obesidad. El ingreso familiar tampoco es un factor determinante. (18).

- Bach. Malca Cabanillas, Thaimarys Elizabeth, Bach. Córdova Torres, Issa Jhanina (2017) Realizaron un estudio de sobrepeso y obesidad relacionados a la alimentación en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial maría de Fátima Cajamarca 2017 el **objetivo** fue determinar y analizar sobrepeso y obesidad relacionados a la alimentación en niños de 3 a 5 años. La **metodología** fue de corte transversal, descriptivo, correlacional, teniendo una población de 126 niños; la técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta, dividida en tres partes de las cuales los **resultados obtenidos** fueron: primera parte Sobrepeso y Obesidad (peso para la talla) presenta estado nutricional normal el 89.9%, sobrepeso con un 8.1%, obesidad y

desnutrición aguda con 1.0%, Segunda parte trata sobre Alimentación según pirámide nutricional Peruana, del total del estudio presentaron niños que consumen siempre agua con un 81.8%, carbohidratos 20.2%, frutas 67.7%, vegetales y verduras 56.6% , carnes, pescado, mariscos y huevos 66.7%. los nutrientes que vece Consumen son agua con 18.2%, carbohidratos con 79.8%, frutas con 29.3%, vegetales y verduras con 43.4%, carne, pescado, mariscos y huevos con 33.3, leche y productos lácteos con 75.8% y lípidos con 46.5%; los que nunca consumen frutas 3.0% y lípidos 7.0%. Tercera parte el sobrepeso y la obesidad relacionados a la alimentación según grupos: grupo 1 (consumo de agua), A veces consumen agua el 100% de niños con obesidad, desnutrición aguda y el 75 % de niños con sobrepeso; siempre consume los niños con un estado nutricional normal en un 88.8%. Grupo 2 (Carbohidratos observamos que del total de la muestra de estudio, entre los que siempre consumen carbohidrato son 100% de niños con obesidad y el 62.5% de los niños con sobrepeso, los niños con estado nutricional normal a veces consumen carbohidratos en un 84.3% y los niños con desnutrición aguda el 100%. Grupo 3 (frutas) observamos que los niños que a veces consumen fruta son el 100% obesidad; desnutrición aguda y con sobrepeso con un 62.5 % ; a diferencia de los niños con estado nutricional normal que siempre consumen frutas con un 75.3% y los niños con sobrepeso que nunca consumen frutas con 37.5%. Grupo 4 (Vegetales y Verduras), el 100% niños con obesidad, sobrepeso, desnutrición aguda a veces consumen verduras y vegetales; el 62.9% de los niños con estado nutricional normal que siempre consumen Verduras y vegetales. Grupo 5 (Carnes, pescados, mariscos y huevos), el 100% de niños con obesidad, desnutrición aguda y el 62.5% de niños con sobrepeso a veces consumen carnes, pescados, mariscos y huevos, el 70.8% de los niños con estado nutricional normal que siempre consumen carnes, pescados, mariscos y huevos. Grupo 6 (Leche y productos lácteos), observamos que siempre consumen leche y productos lácteos los niños con obesidad con un 100% y sobrepeso un 75.0%, a diferencia del 80.9% de los niños con estado nutricional normal que a veces consumen leches y productos lácteos. Grupo 7 (Lípidos y grasas), el 100% de niños con obesidad y el 75.0% de niños con sobrepeso siempre consumen lípidos y grasas, a diferencia de los niños con estado nutricional normal que a veces consumen lípidos y grasas con un 48.3% y los que nunca consumen con un 51.7%. (19)

- Percca, Yovana. Realizo un estudio titulado Factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, (2014) Tesis. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014".Resumen: El objetivo fue determinar los factores asociados al sobrepeso y Obesidad de preescolares pertenecientes a la ciudad de Huancavelica Durante el año 2014, a través de un estudio descriptivo transversal, que evaluó antropométricamente a 408 alumnos menores de cinco años de tres Instituciones Educativas Iniciales de la mencionada ciudad. Los resultados Indican la presencia de 36 alumnos con sobrepeso y sólo 6 con diagnóstico de obesidad en base al indicador peso/talla. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la obesidad infantil y los antecedentes familiares, peso al nacer o lactancia materna; pero si con la Publicidad relacionada con Alimentos no saludables. Se concluye la importancia de la Publicidad como factor que influye en el estado nutricional de niños en edad preescolar. (20)

- Yovana Érica Percca Paitán (Huancavelica –Perú) 2014 realizaron un estudio sobre Factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, 2014 **Objetivos:** Determinar los factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica en el año 2014. . **Materiales y Métodos:** El Estudio fue descriptivo de asociación cruzada, observacional, prospectivo y de corte transversal, en donde se tomó la medida del peso corporal y la estatura de 408 alumnos menores de cinco años de tres Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, encontrándose 36 alumnos con el diagnostico nutricional de sobrepeso y 6 con obesidad según el indicador peso para la talla, a cuyas madres se les aplicó la encuesta acerca de Factores asociados a sobrepeso y obesidad. **RESULTADOS** No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares, peso al nacer, Lactancia Materna, pero si con la Publicidad Alimentaria de Alimentos no saludables y el sobrepeso y obesidad en los preescolares. **Conclusiones:** Se encontró que entre Alimentos no saludables publicitados y sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica existe

asociación estadísticamente significativa, lo que para este estudio lo convierte en un factor asociado al sobrepeso y obesidad infantil en ese departamento (20).

2.2 Base teórica

1.2.3 OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos almacenada en forma de grasa corporal incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m^2 .² También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm. La obesidad forma parte del síndrome metabólico, y es un factor de riesgo conocido, es decir, es una indicación de la predisposición a varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus y osteoartritis, así como para algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales.

Aunque la obesidad es una condición clínica individual, se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento: La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos (21)

2.2.2 Clasificación de la obesidad

2.2.2.1 Según el origen de la obesidad, esta se clasifica en los siguientes tipos.

1. Obesidad exógena: es la más común y no está causada por ninguna enfermedad del organismo, si no que está provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo de obesidad constituye aproximadamente entre el 90 y el 95% de todos los casos de obesidad, lo que significa que la mayoría de personas que padecen obesidad no lo hacen por motivos patológicos, si no por un inadecuado régimen de alimentación o estilo de vida.
2. Obesidad endógena: Está provocada por problemas endocrinos o metabólicos y es menos frecuente, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos lo son debido a estas causas. Este tipo de obesidad es debida a problemas como el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, problemas con la insulina, la diabetes, el síndrome de ovario poli quístico o el hipogonadismo, entre otros. Dentro de las causas endógenas, es frecuente hablar de obesidad endocrina cuando ésta está provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides.(22)

2.2.2.2 Grados de la Obesidad

Los grados de obesidad se clasifican de este modo:

Normo peso, si el IMC es de 18,5-24,9.

Según (OMS) una persona se encuentra en una situación de normo peso cuando sus valores de IMC se encuentran entre 18.50 y 24.9.

Sobrepeso (no obeso), si el IMC es de 25 a 29,9

El sobrepeso es el aumento de peso corporal por encima de un patrón normal y para evaluar si una persona presenta sobrepeso, se emplean una fórmula llamada índice de masa corporal (IMC), que calcula el nivel de grasa corporal en relación con el peso y estatura

Obesidad grado 1 (de bajo riesgo), si el IMC es de 30 a 34,9

Es una enfermedad crónica tratable que aparece cuando existe un exceso de grasa en el cuerpo. Con excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20% o más el punto medio de la escala de peso según el índice de masa corporal (IMC) son consideradas obesas.

Obesidad grado 2 (riesgo moderado), si el IMC es de 35 a 39,9

Es una obesidad que requiere tratamiento médico y alimentación saludable.

Obesidad grado 3 (de alto riesgo, obesidad mórbida), si el IMC es igual o mayor a 40

La obesidad mórbida, además de disminuir la expectativa de vida, causa discapacidad, minusvalía y problemas de exclusión social. Por sus efectos a nivel colectivo es un problema de salud pública en muchos países y que se ha ido incrementando como efecto de los cambios en las costumbres sociales y alimentarias

Obesidad grado 4 (obesidad extrema), si el IMC es igual o mayor a 50

La Obesidad extrema es la enfermedad metabólica crónica más prevalente en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo, y está asociada a multitud de comorbilidades (enfermedades asociadas) como diabetes, hipertensión, síndrome de apnea obstructiva del sueño y otras. (23)

2.2.3 Diagnóstico

Como parte del cuidado regular del niño sano, el médico calcula el IMC de tu hijo y determina dónde cae en la tabla de crecimiento del IMC de acuerdo con su edad. El IMC ayuda a indicar si tu hijo tiene sobrepeso para su edad y altura. A través de la tabla de crecimiento, el médico determina el percentil de tu hijo, Los puntos de corte en estas tablas de crecimiento, establecidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, ayudan a identificar a los niños con sobrepeso y obesos. En forma práctica, la obesidad puede ser diagnosticada típicamente en términos de salud midiendo el índice de masa corporal (IMC), pero también en términos de su distribución de la grasa mediante la circunferencia de la cintura o la medida del índice cintura/cadera. Además, la presencia de obesidad necesita ser considerada en el contexto de otros factores de riesgo y comorbilidades asociadas (otras condiciones médicas que podrían influir en el riesgo de complicaciones). (24)

2.2.4 Índice de Masa Corporal (IMC)

2.2.4.1 Generalidades

El índice de masa corporal es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometría belga Adolphe Quetelet. Este es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en kg / m^2 .

Los organismos gubernamentales en EUA determinan el sobrepeso y la obesidad usando el índice de masa corporal (IMC), utilizando el peso y altura para determinar la grasa corporal. Un IMC entre 25 y 29,9 es considerado sobrepeso y cualquier valor sobre 30 es obesidad. Individuos con un IMC por encima de 30 incrementan el riesgo de varios peligros para la salud.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece una definición comúnmente en uso con los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010:

- IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.
- IMC de 18,5-24,9 es peso norma.
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- IMC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.
- IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.
- IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, grave (o mórbida).
- IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.

En un marco clínico, se toma en cuenta la raza, la etnia, la masa muscular, edad, sexo y otros factores que pueden afectar a la interpretación del índice de masa corporal. El IMC sobreestima la grasa corporal en personas muy musculosas, y por otra parte la grasa corporal puede ser subestimada en personas que han perdido masa corporal (muchos ancianos).³ La obesidad leve como es definida según el IMC, no es un factor de riesgo cardiovascular y por

lo tanto el IMC no puede ser usado como un único predictor clínico y epidemiológico de la salud cardiovascular.

Circunferencia de cintura

El IMC no tiene en cuenta las diferencias entre los tejidos adiposos y tejido magro; tampoco distingue entre las diferentes formas de adiposidad, algunas de las cuales pueden estar asociadas de forma más estrecha con el riesgo cardiovascular.

El mejor conocimiento de la biología del tejido adiposo ha mostrado que la obesidad central (obesidad tipo masculina o tipo manzana) tiene una mayor relación con la enfermedad cardiovascular, que el IMC aislado.

La circunferencia de cintura absoluta (>102 cm en hombres y >88 cm en mujeres) o el índice cintura-cadera (>0,9 para hombres y >0,85 para mujeres) son usados como medidas de obesidad central.

En una cohorte de casi 15.000 sujetos del estudio National Health and Nutrición Examination Survey (NHANES) III, la circunferencias cintura explicó significativamente mejor que el IMC los factores de riesgo para la salud relacionados con la obesidad cuando el síndrome metabólico fue tomado como medida.

2.2.4.1 Grasa corporal

Una vía alternativa para determinar la obesidad es medir el porcentaje de grasa corporal. Médicos y científicos generalmente están de acuerdo en que un hombre con más del 25 % de grasa corporal y una mujer con más de 30 % de grasa corporal son obesos. (25)

2.2.4.2 Prevención

Alimentación

- Promover el consumo de alimentos saludables, implementar programas integrales que promuevan el consumo de alimentos saludables y reducir la ingesta de alimentos saludables y reducir la ingesta de alimentos poco saludables y bebidas azucaradas por parte de los niños y adolescentes.

Podría establecerse tasas sobre las bebidas endulzadas con azúcar y frenar la comercialización de alimentos poco saludables.

- Dieta En general, el tratamiento dietético de la obesidad se basa en reducir la ingesta de alimentos. Se han propuesto varios abordajes dietéticos, algunos de los cuales se han comparado mediante ensayos aleatorios controlados.

En la pirámide alimenticia se indican las porciones que deberíamos consumir a diario de cada grupo de alimentos, pero no se indica a qué equivale una porción, por ello, a continuación te contamos qué representa una porción de cada grupo alimenticio:

- Frutas: 1 unidad mediana de manzana, naranja, pera, durazno, mandarina; 1/2 taza de uvas; 1/2 banana grande o 1 banana chica; 1 tajada de sandía o melón de 2 cm de espesor; 1 taza de fresas, grosellas, moras, frambuesas; 2 higos; 1 taza de macedonia de frutas; 2 mitades de frutas en almíbar.
- Cereales y legumbres: 1 taza tipo té de arroz ya cocido; 1/2 taza de legumbres secas en crudo; 1/2 plato de pastas ya cocidas; 1 canelón o crepe; 1/2 taza de harinas; 1 taza de copos de maíz, avena u otro cereal integral; 1/8 de pizza.
- Carnes: 1/2 pechuga de pollo; 1 bife mediano de 100-120 gramos de carne de ternera, cerdo u otra; 1 presa de pollo sin piel; 1 filete de pescado mediano; 1 albóndigas; 1 hamburguesa de tamaño comercial; 2 salchichas; 2 lonchas finas de jamón serrano o cocido con poca grasa; 1 rebanada de 2 centímetros de espesor de cualquier carne semigrasa o magra.
- Pan y galletas: 3 galletas con 10% de tenor graso; 5 galletas con 5% tenor graso; 1 bollo chico de pan; 1 rebanada de pan lactal; 2 galletas de arroz; 1 barra de cereal o granola; 2 galletas dulces sin relleno; 1/2 taza de copos de maíz sin azúcar.
- Verduras: 1 plata pequeña de lechugas; 1/2 plato de brócoli o coliflor; 1/2 atado de acelgas o espinacas; 3/4 taza de granos de maíz; 1 patata o boniato; 1 taza de apio, rábanos, pimiento, cebolla, puerro; repollo; 1 unidad de

tomate, calabacín, berenjena, zanahoria; 1 rebanada de 3 cm de espesor de zapallo o calabaza: 3 cucharadas grandes de pué.

- Grasas: 1 cucharada sopera de aceite o aderezos; 1/2 cucharada de nata líquida; 4 nueces; 6 almendras; 7 aceitunas; 1/4 aguacate, 1/2 cucharada de manteca.
- Lácteos: 1 tajada pequeña de queso; 5 cucharadas de queso de crema bajo en grasas; 3 cucharadas de queso de crema; 1 taza de leche; 1 pote grande de yogur (200gramos); 2 lonchas de queso; 1 cucharada de queso rallado.

Ejercicios

- Promover la actividad física. La OMS urge también a implementar programas integrales que promuevan la actividad física y reducir las conductas sedentarias en niños y adolescentes.
- El ejercicio requiere energía (calorías). Las calorías son almacenadas en la grasa corporal. Durante el ejercicio aeróbico prolongado el organismo consume inicialmente sus reservas de grasa a fin de proveer energía. Los músculos más grandes en el organismo son los músculos de las piernas y naturalmente estos queman la mayoría de las calorías, lo cual hace que el caminar, correr y montar en bicicleta estén entre las formas más efectivas de ejercicio para reducir la grasa corporal.

Prácticas de ejercicios:

- Trate de hacer como mínimo 30 minutos de actividad al menos cinco días a la semana.
- La actividad aeróbica moderada es suficiente para que su salud se vea beneficiada. Para mantener el corazón sano, necesita hacer ejercicio aeróbico. El ejercicio aeróbico es una actividad que emplea oxígeno, aumenta el ritmo cardíaco y le deja ligeramente sin aliento. Ayuda a mantener el corazón, los pulmones, los vasos sanguíneos y los músculos sanos. Combinado con una dieta equilibrada, el ejercicio aeróbico es el mejor modo de mantener un peso saludable. Algunas de las actividades más eficientes aeróbicamente son caminar o andar en bicicleta.

Debería tratar de hacer ejercicio durante un mínimo de 30 minutos cinco veces a la semana. Adapte la intensidad del ejercicio en función de su objetivo. Si no ha hecho ejercicio desde hace bastante tiempo o si padece alguna enfermedad,

Debería hablar con su médico de cabecera antes de comenzar. Si no se encuentra bien al hacer ejercicio, debería dejarlo y visitar a su médico de cabecera en cuanto pueda.

- Puede que necesite hacer más ejercicio si quiere ponerse en forma.
- Puede que necesite hacer ejercicio hasta 90 minutos al día para mantener la pérdida de peso.(26)

LA CANTIDAD Y EL TAMAÑO DE LAS PORCIONES (27)

GRUPO DE ALIMENTO	PORCIONES DIARIAS	TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD	TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD	TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD
FRUTAS	2-3 PORCIONES	¼ CONGELADA ENLATADA 1/2TROZO DE FRUTA FRESCA,	¼ CONGELADA ENLATADA 1/2TROZO DE FRUTA FRESCA,	¼ CONGELADA ENLATADA 1/2TROZO DE FRUTA FRESCA,
VERDURAS	2-3 PORCIONES	¼ DE TAZA COCIDA	¼ DE TAZA COCIDA ½ TAZA DE ENSALADA	1/2 DE TAZA COCIDA 1 TAZA DE ENSALADA
GRANOS	6 -11PORCIONES	½ PAN ¼ DE CEREAL ARROZ CEREAL OCIDO O PASTA ½ CEREAL SECO 2 A 3 GALLETAS SALADAS	½ PAN ¼ DE CEREAL ARROZ CEREAL C OCIDO O PASTA ½ CEREAL SECO 3 A 4 GALLETAS SALADAS	½ PAN ¼ DE CEREAL ARROZ CEREAL OCIDO O PASTA ½ CEREAL SECO 4A 5GALLETAS SALADAS
CARNES Y OTRAS PROTEINAS	2 PORCIONES	1ONZA DE CARNE PESCADO POLLO ½ HUEVO	1ONZA DE CARNE PESCADO POLLO 1 HUEVO	1ONZA DE CARNE PESCADO POLLO 1 A 2 HUEVOS
PRODUCTOS LACTEOS	2 A 3 PORCIONES	½ TAZA DE LECHE 1/2ONZA DE QUESO ½ TAZA DE YOGUR	½ TAZA DE LECHE 1 ONZA DE QUESO ½ TAZA DE YOGUR	1 TAZA DE LECHE 1 ONZA DE QUESO ¾ 1-TAZA DE YOGUR

2.2.5 Factores vinculados a la obesidad

2.2.5.1 Factores demográficos

El impacto de los factores demográficos, como edad, sexo, talla y peso sobre la relación entre la obesidad y los problemas de salud.

La edad, es un factor importante en el efecto de la obesidad así como se puede considerar el bienestar emocional. Un análisis realizado en una muestra de 4,827 participantes del Estudio Nacional Longitudinal de Salud Adolescente efectuado en 1996 en USA demostró que sólo el grupo obeso más joven con sobrepeso obtuvieron algunos efectos, tales como la autoestima y el funcionamiento social parecen afectar más a los jóvenes obesos que a los adultos.

Sexo, Como regla general, las mujeres sufren más problemas así como psicológicos derivados de la obesidad que los hombres. Las mujeres más fácilmente se identifican como obesas en comparación con los hombres, lo que sugiere que las mujeres pueden ser más conscientes de su peso. Ya en niñas de 5 años de edad, el estado de peso se asocia con mayor insatisfacción corporal y, el nivel de insatisfacción corporal es mayor entre las chicas con sobrepeso que en los varones con sobrepeso. Estos hallazgos pueden ser causados por las jóvenes que ya son conscientes de lo que se considera físicamente atractivo y Juzgan sus cuerpos comparativamente.

La diferencia de sexo puede estar relacionada con las diferentes presiones socio-culturales que tienen las niñas para adaptarse a un físico idealizado. Mientras que las niñas generalmente quieren ser más delgadas, los niños a menudo quieren ser "más grandes", de modo que el exceso de peso sería menos molesto para un hombre. Atribuyéndose a la depresión como un otro problema de salud mental por ende de salud pública que parece afectar más a las mujeres obesas que a los hombres obesos. Las mujeres también tienen una tasa estimada mayor de depresión que sus pares de peso normal. Como consecuencia reflejan el mayor estigma social que enfrentan las mujeres obesas en comparación con sus homólogos masculinos. Sexo y edad, las niñas mayores con sobrepeso tienen menos autoestima

corporal que sus contrapartes más jóvenes, mientras que en niños mayores con sobrepeso la tendencia es opuesta. (28)

El factor de riesgo es una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de la frecuencia de una enfermedad y constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad. Desde hace años hay una clara evidencia científica de una serie de factores de riesgo cardiovascular mayores, llamados «tradicionales», dentro de éstos se citan, la edad y sexo, Aumento de colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad), disminución de colesterol HDL (< 40 mg/ dL) (lipoproteína de alta densidad), antecedente familiar de obesidad.

Estos últimos se clasifican en lipídicos y no lipídicos, con estas premisas se han realizado diferentes investigaciones, para determinar la posible asociación entre los factores de riesgo cardiometabólico edad, sexo y obesidad con la hipertrigliceridemia. (29)

2.2.5.2 Factores sociales.

En el campo del estudio sobre determinantes sociales de la salud, tomando en consideración dos de sus características: en primer lugar, que se ocupa del análisis de las inequidades en salud y que busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud

Se propusieron como objetivo explorar algunos de los determinantes sociales y económicos de la obesidad en los habitantes de Medellín. En el caso de los ingresos quisieron establecer si la distribución de la obesidad es similar a la estructura social y si se comporta en forma de gradiente social o está relacionada con las posibilidades de las familias de contar con un monto de ingresos específico que les permitan acceder a la seguridad alimentaria.

Se encontró una prevalencia de obesidad de 16,2% para el conjunto de la población. No se encontraron diferencias entre las áreas urbana y rural. Las mujeres presentan mayores prevalencias de obesidad (19,1%) que los hombres (11,1%). Por grupos de edad, la obesidad se incrementa sustancialmente: después de los 30 años pasa de 7,4% en el grupo de 18 a 30 años a 16,7% en

las personas de 31 a 44 años y 22,9% en quienes tienen entre 45 y 69 años (figura 1). El mayor aumento de prevalencia de obesidad con la edad se presenta en las mujeres.

En relación con sus determinantes sociales y económicos, la obesidad es mayor en personas de estrato bajo y medio, en comparación con aquellas de estrato alto.

Hay otro factor añadido que no hace las cosas fáciles, y es la falta de cobertura médica con la que se enfrentan muchas familias peruanas. No tener cobertura médica significa no visitar al doctor de forma regular. Cuando hay un pediatra que hace un seguimiento regular del niño, éste puede indicarnos que el peso está subiendo y que ha llegado el momento de empezar a aplicar algunas medidas para controlarlo. Por otra parte las familias peruanas trabajan duro. Después de una larga jornada en el trabajo es difícil llegar a casa y ponerse a cocinar una comida saludable, o peor, ponerse a luchar con los niños para que se coman esas verduras o esa comida saludable. El resultado es que es muy común que la cena se componga de alimentos precocinados y rápidos de preparar o de comida rápida para llevar. Estos alimentos suelen tener un contenido en grasas, azúcares, sal y calorías mucho mayor que los vegetales frescos. Además casi siempre contienen preservativos cuyo efecto a largo plazo es desconocido.

El horario ocupado que tienen los padres hoy en día también dificulta el poder llevar a los niños a programas extraescolares donde hagan ejercicio. Un elemento más que hay que incluir son las horas que los niños pasan frente a la televisión o videojuegos. Por un lado, el tiempo que pasan sentados es tiempo que no están haciendo ejercicio, y por el otro, comer todo tipo de botanas cuando se está frente a la pantalla es algo común. Por último, los programas para niños están cargados de anuncios sobre comida. Si la televisión está además en el cuarto del niño, la influencia es aún más negativa. Tener presente todos estos factores es el primer paso para poder combatirlos. Comer de forma saludable y hacer ejercicio es esencial para tus hijos para contrarrestar el estilo de vida sedentario que tenemos hoy en día. (30)

2.2.5.3 Factores culturales

La obesidad es una enfermedad que cabalga entre los límites de la medicina, la nutrición, la psicología y el ámbito de lo sociocultural. La relación entre los estilos de vida y la obesidad se hace cada vez más evidente; sin embargo, no siempre las políticas de salud pública están enfocadas desde esta perspectiva. El objetivo de este artículo es presentar una visión de la obesidad desde una perspectiva abierta, prestando una mayor atención a los aspectos sociales ligados a la obesidad al mismo tiempo que a los nutricionales, revisando algunos aspectos de esta enfermedad crónica desde diferentes perspectivas, en busca de puntos de contacto y de elementos que contribuyan a una mejor comprensión de esta patología. La obesidad como problema de salud pública y en tanto que problemática social multidimensional necesita de un abordaje holístico, abierto y transdisciplinario para poder ser entendida de una manera coherente.

El que un niño tenga unos cuantos kilos de más no ha sido por lo general motivo de alarma en la cultura peruana. Más bien al contrario. Si se trata de un bebé, el hecho de que **esté "gordito" suele ser un motivo de orgullo** para la madre. Y si se trata de un niño de corta edad, la creencia general es que, a medida que crezca, esos kilos de más desaparecerán.

Esto era verdad hasta cierto punto en generaciones pasadas cuando, al crecer los niños, hacían ejercicio jugando en la calle y practicando deportes. Además, antes se no consumía el exceso de azúcar y grasas en la alimentación diaria que se consume ahora. Pero hoy en día muchos niños llevan una vida más sedentaria y una alimentación menos sana.

Esta percepción de la obesidad en nuestra cultura se ha probado incluso en un estudio psicológico donde se pedía a los padres que evaluaran si a sus hijos les sobraba peso o no. Más de la mitad de los papás y mamás peruanos dijeron que sus hijos tenían un peso normal, cuando en realidad tenían un exceso de peso. Cuando un peso excesivo se considera algo "normal" los papás no toman las medidas necesarias para corregir el problema. Desafortunadamente, está demostrado que la obesidad se inicia en la infancia y cuanto más se tarda en corregirla, más difícil es controlarla. (31)

2.2.5.4 Factores nutricionales

En el Perú, el estado nutricional de la población tiene la tendencia epidemiológica de mejora en sus condiciones socioeconómicas lo que favorece la disminución de la desnutrición pero se observa un incremento de la obesidad. Actualmente, como consecuencia de ese cambio gradual, pueden coexistir la desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en los niños peruanos, siendo uno de los factores más importantes los cambios en la dieta y estilos de vida ocasionados por la urbanización y desarrollo económico

Según los reportes del observatorio de nutrición y estudio del sobrepeso y obesidad, en niños menores de cinco años, las cifras se han mantenido relativamente estables desde el año 2009 con un 6,8% de sobrepeso y un 2,4 % de obesidad al año 2014. En los últimos años, en niños de cinco a nueve años se presenta un incremento de la prevalencia de obesidad; pasando de 7,3% en el año 2008 a 14,8% en el periodo 2013-2014. Del mismo modo, en adolescentes se observa un incremento de la prevalencia de 4,9% en el año 2007 a 7,5% en el periodo 2013-2014.

Actualmente muchas enfermedades relacionadas con la obesidad consideradas frecuentemente en adultos se están reportando en niños con una tendencia cada vez mayor. Por ejemplo, la diabetes tipo 2, antes llamada diabetes del adulto, ahora aparece en niños, alrededor de los doce años. Lo que indica que los niños tienen que hacer a esta enfermedad por un período más extenso, sin contar la implicancia económica. Se ha reportado que los gastos en atenciones médicas y en medicinas en adultos obesos fue de 36 y 77% más altos que en las personas no obesas, respectivamente.

Señalan que los gastos hospitalarios para el tratamiento de las enfermedades vinculadas con la obesidad infantil se incrementaron de \$35 millones a \$127 millones. Por lo tanto, la alta prevalencia de obesidad infantil y sus consecuencias obligan a prestar extrema atención a este problema de Salud Pública. (32)

Los objetivos de la alimentación del niño en edad preescolar y escolar son asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, teniendo en cuenta su actividad física y promover hábitos alimentarios saludables para prevenir enfermedades nutricionales a corto y largo plazo.

Es importante mantener una dieta equilibrada, insistir en que todos los alimentos son necesarios y evitar las chucherías y la bollería industrial. Una malnutrición, ya sea por escaso aporte o por aumento de necesidades, puede suponer un pobre crecimiento del niño.

Tanto el papel de los padres como la influencia de los educadores, de otros niños y de los comedores escolares, van a tener un papel decisivo en la adquisición de hábitos de alimentación saludables.

El exceso de calorías y la falta de ejercicio son sin duda dos de los factores clave en la epidemia de obesidad infantil. Pero en el caso de los peruanos hay que considerar también otros factores. Los expertos creen que los genes tienen un papel muy importante en la predisposición a la obesidad. Los genes los heredamos de nuestros padres y determinan muchas cosas, entre otras, cómo reaccionamos al exceso de calorías. En otras palabras, la tendencia a la obesidad es hereditaria. Tener un padre o una madre con sobrepeso (o los dos) influirá en si el niño tiene exceso de peso o no. Además, cada vez hay más estudios que indican que hay una relación directa entre el peso de la madre durante el embarazo y el peso que el niño tendrá después. Un factor añadido es la tendencia a la diabetes gestacional que existe entre las mujeres peruanas. Las mujeres peruanas padecen diabetes durante el embarazo con más frecuencia que las mujeres de otros grupos étnicos. Este trastorno tiene una gran influencia en el peso futuro del niño. Sin embargo, es importante tener presente que, aunque haya factores hereditarios, es posible tener un peso adecuado. No hay que abandonarse al fatalismo y pensar que como uno lo tiene en los genes ya no hay nada que hacer.

Una dieta saludable y ejercicio pueden inclinar la balanza hacia el otro lado, normalizando los resultados de los análisis de laboratorio y disminuyendo el riesgo de adquirir enfermedades asociadas a la obesidad o demorar su aparición. (33)

2.3 Definición de términos básicos

- **Obesidad:** Se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.
- **Determinante:** Se refiere aquel probable problema de la enfermedad.
- **Estilo de vida:** es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas.
- **Sociodemográfico:** Pues esa palabra se puede descomponer en dos socios que quiere decir sociedad, de la sociedad y DEMOGRAFÍA que quiere decir estudio estadístico sobre un grupo de población humana.
- **IMC:** El Índice de Masa Corporal (IMC) es la fórmula para determinar el peso ideal y saludable de una persona según su estatura y su peso actual. Para determinar si una persona está por encima de su peso ideal o está demasiado delgada se utiliza el IMC o Índice de Masa Corporal, también conocido como BMI (Body Mass Index).
- **Factor demográfico:** Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio. Esto se hace para cada miembro de la población.
- **Factor Cultural:** Es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social. Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico"
- **Factor social:** Grupos de referencia, familia, roles y estatus. En el comportamiento de los consumidores, también influyen factores sociales como: grupos pequeños, la familia y los roles y estatus social del consumidor. Grupo: Dos o más personas que interactúan para alcanzar metas individuales o colectivas.
- **Factor nutricional:** El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversos factores como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia.

2.3 Hipótesis:

2.3.1 Hipótesis general

Ha: Los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales son las que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019

Ho: Los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales son las que no determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019

2.3.2 Hipótesis Específicos

Los factores demográficos son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019

Los factores sociales son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en el de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019

Los factores culturales son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en el de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte ,2019

Los factores nutricionales son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en el de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte.

2.4 Variables

Variable Dependiente

Obesidad infantil

Variable Independiente

Factores:

- Demográficos
- Sociales
- Culturales

- Nutricionales

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación.

El tipo de investigación es aplicada debido a que generará información científica del fenómeno de la realidad.

De acuerdo al análisis de la información el tipo de estudio es:

Descriptivo, y analítico o causal.

De acuerdo al número de las mediciones el estudio es transversal

3.2 Nivel de investigación

Explicativo, debido a que las variables demográficas, sociales, culturales, y nutricionales determinan la obesidad infantil en niños atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte ,2019.

3.3 Diseño de investigación

No experimental, retrospectivo debido a que las variables estudiadas de los factores demográficos, sociales, culturales, y nutricionales que determinan la obesidad infantil no serán manipuladas por el investigador.

3.4 Área de Estudio

La presente investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud Gustavo Lanatta ubicada Jirón Puerto España manzana F 2 lote 02 Sicuani - Ate

3.5 Población y Muestra

Población: La población en estudio son un total de 48 niños la muestra es 29 los niños los cuales son menores de 10 años con el diagnóstico de Obesidad que asisten al Centro de Salud Gustavo Lanatta ATE Vitarte, 2019

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

INCLUSION

- Niños de ambos sexos menores de 10 años de edad, con el diagnóstico de obesidad, que asisten al Centro de Salud Gustavo Lanatta ate vitarte , 2019
- Madres de los niños menores de 10 años de edad.

- Madres que acepten participar en el estudio mediante el consentimiento informado

EXCLUSION

- Niños de ambos sexos mayores de 10 años de edad, con el diagnóstico de obesidad, que asisten al Centro de Salud Gustavo Lanatta ate vitarte , 2019
- Madres de los niños mayores de 10 años de edad.
- Madres que acepten participar en el estudio sin el consentimiento informado.

3.6 Variables y Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
DEPENDIENTE obesidad	La obesidad determinada por: $IMC = \frac{Peso}{talla^2} \geq$ al 95 percentil correspondiente a la edad y el sexo	La obesidad determinada por: IMC explicación de la fórmula $Peso/talla^2$	Biológica	Obesidad: $IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura^2}$ Severidad: Leve Moderado Severa	IMC de 30,0-34,9 es obesidad grado I. IMC de 35,0-39,9 es obesidad grado II. IMC de 40,0 o mayor es obesidad grado III, grave (o mórbida). Obesidad grado 4 (obesidad extrema), si el IMC es igual o mayor a 50	Rangos de valores IMC
INDEPENDIENTE Determinantes : Demográficos	Factor demográfico Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la	Condición o característica, biológica, económica, sociocultural u otro que va a determinar una enfermedad en	Factores : DEMOGRÁFICOS	Factores demográficos Niño 1. Sexo F () M () 2. Edad: a) de 0a 6 meses	Nominal Intervalar	Frecuencia Proporcional Frecuencia Proporcional

<p>SOCIAL</p>	<p>familia, y la edad de matrimonio. Esto se hace para cada miembro de la población.</p> <p>Factor social: Grupos de referencia, familia, roles y estatus. En el comportamiento de los</p>	<p>el niño menor de 15 años.</p>	<p>SOCIAL</p>	<p>b) de 7 meses a 2 años. c) de 3 a 6 años. d) de 7 a 10 años.</p> <p>3. Talla: a) 44.2cm a 69.8cm b) 62.7cm a 99.1cm c). 85.0cm a 125.8cm d) 105.9cm a 149.1cm</p> <p>4. Peso (kg) a) 2.5 kg a 9.8kg (0 a 6 meses) b) 8kg a 12.9 kg (7m a 2 años) c) 15.1kg a 19.9 kg (3 a 6 años) d) 22 kg a34kg (7 a10 años)</p> <p>SOCIAL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</p>	<p>Intervalar</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencia proporcional</p> <p>Frecuencia proporcional</p>
----------------------	---	----------------------------------	----------------------	---	----------------------------------	---

<p>CULTURAL</p>	<p>consumidores, también influyen factores sociales como: grupos pequeños, la familia y los roles y estatus social del consumidor. Grupo: Dos o más personas que interactúan para alcanzar metas individuales o colectiva.</p> <p>Factor Cultural: Es el Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social. Conjunto de conocimientos que permite a</p>		<p>CULTURAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicial SI () NO () 2. Primaria SI () NO () 3. Secundaria SI () NO () 4. Superior SI () NO () <p>ENTORNO OBESIGENICO (antecedentes familiares)</p> <p>Presencia de dos o más integrantes de la familia con obesidad según IMC:</p> <p>SI () NO ()</p> <p>Nivel educativo del niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Inicial si () no () 2)Primaria si () no () 3) Ninguno () <p>CULTURALES:</p> <p>Frecuencia de comida en el día:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez si () no () 2. Dos Veces si () no () 3. Tres veces si () no () 4. Cuatro veces a más si () no () 	<p>Nominal</p>	<p>Frecuencia proporcional</p>
------------------------	---	--	------------------------	---	----------------	--------------------------------

	alguien desarrollar su juicio crítico"		<p>Sedentarismo:</p> <p>Actividad física: Si () No</p> <p>Frecuencia de actividad física:</p> <p>a) 1 a 2 veces por semana si () no ()</p> <p>b) 3 a 4 veces por semana si () no ()</p> <p>c) 5 a más veces si () no ()</p> <p>TIEMPO PROMEDIO DE PERMANENCIA DIARIA FRENTE AL TELEVISOR DEL NIÑO</p> <p>a) < 01 hora si () no ()</p> <p>b) 1 a 2 horas si () no ()</p> <p>c) > a 3 horas si () no ()</p> <p>QUE OTRO DEPORTE PRACTICA CON MAYOR</p>	Nominal	Frecuencia proporcional
--	--	--	---	---------	-------------------------

				<p>FRECUENCIA SU HIJO</p> <p>1. Futbol si () no ()</p> <p>2. Natación si () no ()</p> <p>3. Ajedrez si () no ()</p> <p>4. Atletismo si () no ()</p> <p>5. Otros si () no ()</p> <p>ACTIVIDADES FRECUENTES DEL NIÑO(a)</p> <p>1. Que hacles del hogar si () no ()</p> <p>2. Descansar si () no ()</p> <p>3. Jugar si () no ()</p> <p>4. Estudiar si () no ()</p> <p>5. Otras actividades si () no ()</p>	Nominal	Frecuencia proporcional
--	--	--	--	---	---------	-------------------------

<p>NUTRICIONA L</p>	<p>Factor nutricional: El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversos factores como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia.</p>		<p>NUTRICIONAL</p>	<p>NUTRICIONAL Lactancia materna exclusiva (en el caso que fueran niños menores de 0 a 6 meses)</p> <p>1. Si () 2. No ()</p> <p>Para niños de 06 meses a 11 meses)</p> <p>1) Papillas si () no () 2) Picaditos si () no () 3) Puré si () no () 4) Otros: si () no ()</p> <p>Componentes nutricionales (para niños de 01 año a menores de 10 años): TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD</p>	<p>Nominal</p>	<p>Frecuencia proporcional</p>
--------------------------------	---	--	---------------------------	---	----------------	--------------------------------

				<p>GRANOS</p> <p>PAN:</p> <p>1) ½ - 1 ()</p> <p>2) 2 a + ()</p> <p>GALLETAS:</p> <p>Galletas:</p> <p>1) 2 - 3 ()</p> <p>2) 4 - + ()</p> <p>LACTEOS</p> <p>LECHE: (taza)</p> <p>1) ½ - 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>QUESO: (Onz)</p> <p>1) ½ ()</p> <p>2) 1 - + ()</p> <p>CARNES Y OTRAS</p> <p>PROTEINAS</p> <p>CARNE: (Porc)</p> <p>1) 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>POLLO: (Porc)</p> <p>1) 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>FRUTAS:</p> <p>FRUTA: (TROZO)</p> <p>1) ½ - 1 ()</p> <p>2) < ½ ()</p> <p>VERDURAS</p> <p>ENSALADA: (taza)</p> <p>1) ½ ()</p> <p>2) < ½ ()</p>	Ordinal	Frecuencia proporcional
					Ordinal	Frecuencia proporcional
					Ordinal	Frecuencia proporcional

				<p>TAMAÑO DE PORCIÓN DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD</p> <p>GRANOS</p> <p>PAN:</p> <p>1) ½ - 1 ()</p> <p>2) 2 a + ()</p> <p>GALLETAS:</p> <p>Galletas:</p> <p>1) 3 - 4 ()</p> <p>2) 5 - + ()</p> <p>LACTEOS</p> <p>LECHE: (taza)</p> <p>1) ½ - 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>QUESO: (Onz)</p> <p>1) 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>CARNES Y OTRAS</p> <p>PROTEINAS</p> <p>CARNE: (Porc)</p> <p>1) 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>POLLO: (Porc)</p> <p>1) 1 ()</p> <p>2) 2 - + ()</p> <p>FRUTAS</p> <p>FRUTA: (TROZO)</p> <p>1) ½ - 1 ()</p> <p>2) < ½ ()</p> <p>VERDURAS</p> <p>ENSALADA: (taza)</p>	Ordinal	Frecuencia proporcional
					Ordinal	Frecuencia proporcional
					Ordinal	Frecuencia proporcional

				1) $\frac{1}{2}$ () 2) $< \frac{1}{2}$ ()		
				TAMAÑO DE LA PORCION DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD GRANOS PAN: 1) 1 - 2 () 2) 3 a + () GALLETAS: Galletas: 1) 4 - 5 () 2) 6 - + () LACTEOS LECHE: (taza) 1) 1 () 2) 2 - + () QUESO: (Onz) 1) 1 () 1. 2 - + () CARNES Y OTRAS PROTEINAS CARNE: (Porc) 1) 1 () 2) 2 - + () POLLO: (Porc) 1) 1 () 2) 2 - + ()	Ordinal	Frecuencia proporcional
					Ordinal	Frecuencia proporcional

				FRUTAS FRUTA: (TROZO) 1) $\frac{1}{2}$ - 1 () 2) $< \frac{1}{2}$ () VERDURAS ENSALADA: (taza) 1) 1 () 2) < 1 ()	Ordinal	Frecuencia proporcional
					Ordinal	Frecuencia proporcional

3.7 Instrumentos de recolección de datos

De acuerdo a los objetivos de la investigación se hará uso de dos instrumentos pre establecidos de recolección de datos: a) Instrumento de la entrevista estará constituido por las variables siguientes: el Diagnóstico del niño, cuyos datos serán generados a través de la Historia Clínica del niño; variable del Índice de Masa Corporal (IMC), los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales, tales datos serán generados a través de la información de las madres de los niños menores de 10 años con el diagnóstico de obesidad.

Escala de calificación del Factor nutricional del instrumento:

1 adecuado

Consumo de los siguientes / día:

Granos: (6 - 11 porciones)

Pan de 1- dos panes

Galletas 1 – 4 galletas

Inadecuado

3 a + panes

5 a + galletas

2 adecuado

Carne 1 a 2 porciones

Pollo 1 a 2 porciones

Inadecuado

Carne 3 a 4 porciones

Pollo 3 a 4 porciones

3 adecuado

Leche 2 a 3 porciones

Queso 2 a 3 porciones

Inadecuado

Leche 2 a 3 porciones

Queso 2 a 3 porciones

4 adecuado

Frutas 2 a 3 porciones

Inadecuado

Frutas de 4 a 5 porciones

5 adecuado

Verduras 2 a 3 porciones

Inadecuado

Verdura 4 a 5 porciones

3.8 Validación de los instrumentos de investigación

El instrumento de recolección de datos de la presente investigación es una entrevista previamente estructurada, el cual será sometido a una prueba de validación a través de una prueba piloto para realizar ciertos ajustes al contenido y estructura del instrumento en una población del 10% del número de madres del Centro de salud Gustavo Lanatta que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Las madres que participarán en la prueba piloto no podrán participar como casos en el estudio, solo para efectos de validación.

3.9 Procedimientos para la recolección de datos

- Solicitar autorización para la ejecución del proyecto de investigación a la Dirección del centro de salud Gustavo Lanatta.
- Coordinar con la Enfermera Jefe del centro de salud Gustavo Lanatta, para las facilidades del caso.
- Coordinar con la oficina de Capacitación e Investigación del centro de salud
- Instrumento de la entrevista.
- Se obtendrá la información del diagnóstico de la Historia Clínica del niño.
- Previamente a las madres se les explicará los objetivos de la entrevista.
- Se dará lectura del documento de consentimiento informado y posteriormente dará su consentimiento mediante la firma del documento.
- Se aplicarán a las madres de los niños menores 10 años, los que generarán información sobre los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales. La entrevista tendrá una duración de 20 minutos por entrevista

3.10 Componente ético de la investigación:

El trabajo de investigación se llevara acabó en madres de niños menores de 10 años con el diagnóstico de obesidad que previamente contara con la aprobación de comité de ética de investigación del oficina de investigación y creatividad intelectual el estudio no generara ningún riesgo para las madres de los niños

debido a que el estudio se ajustara a levantar información en la realidad de los hechos del centro de salud relación menores de niños con obesidad que no ameritara ninguna intervención por hacer uso de una entrevista previamente establecida, debido a ello es necesario la participación de las madres previa firma de un consentimiento informado en el cual se explica de manera clara y sencilla los beneficios y probables riesgos de estudio manteniendo el cuidado y respetando la privacidad de las madres el que será reservada y se moniteriorara de manera confidencial .

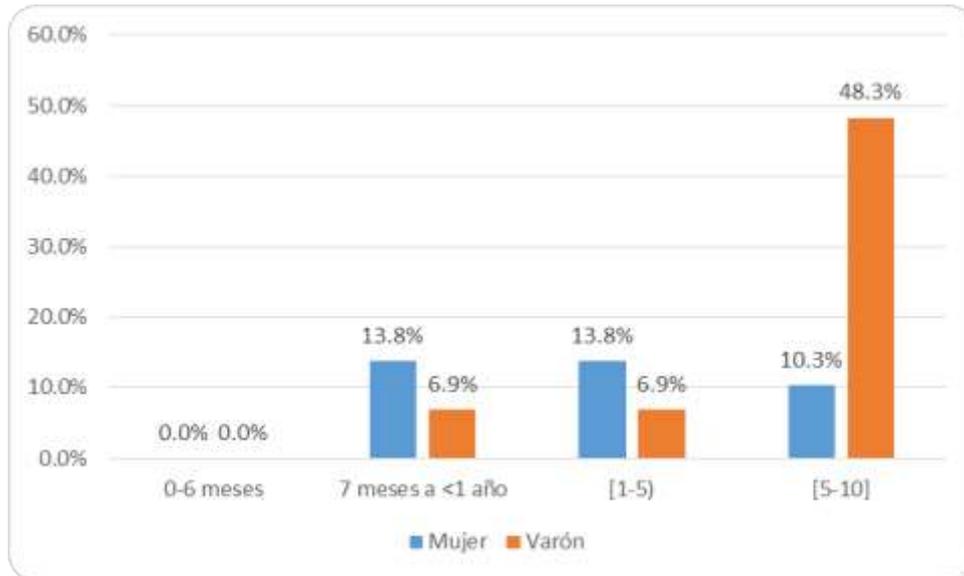
3.11 Plan de procesamiento y análisis de datos

- 1) Se codifican las preguntas cerradas y abiertas
- 2) Se elaborará una base de datos
- 3) Se someterá al procesamiento de datos a través del Software estadístico SPSS versión 23.0 para Windows, generándose una base de datos para el almacenamiento de los datos del proyecto.
- 4) Las variables preliminarmente serán procesados a través de la prueba estadística de frecuencias simples y acumuladas, mediana, desviación estándar.
- 5) Para analizar las variables de los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales con la obesidad de los niños, se someterá a la prueba de la chi2. Con un nivel de confianza del 95% y una $p < 0.05$.

4 RESULTADOS.

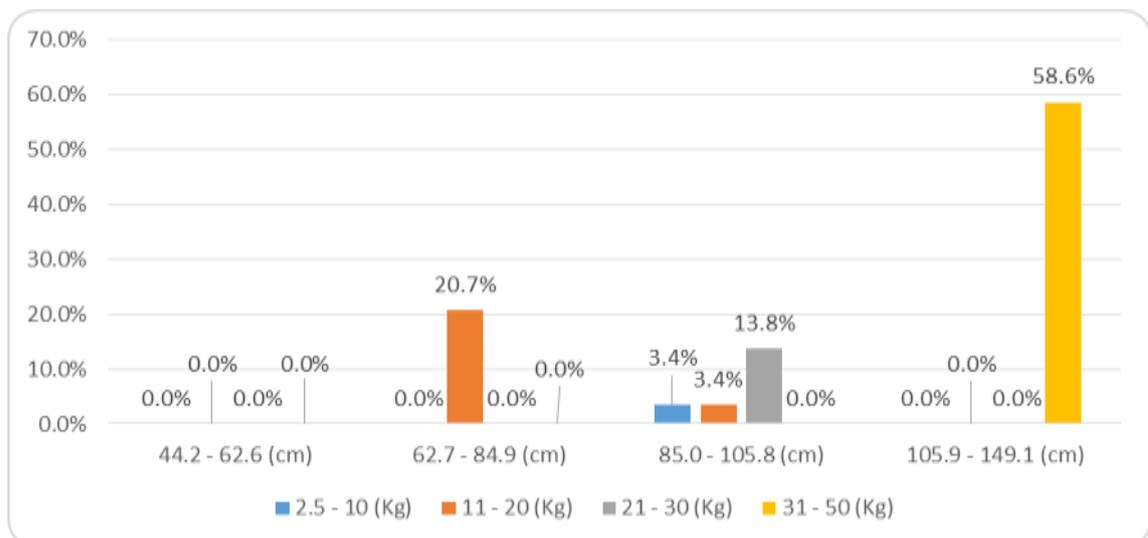
A continuación los resultados según los objetivos planteados y considerando los indicadores respecto a las dimensiones demográficos, sociales, nutricionales y culturales.

Figura 01: Sexo según edad de los niños menores de 10 años con obesidad.



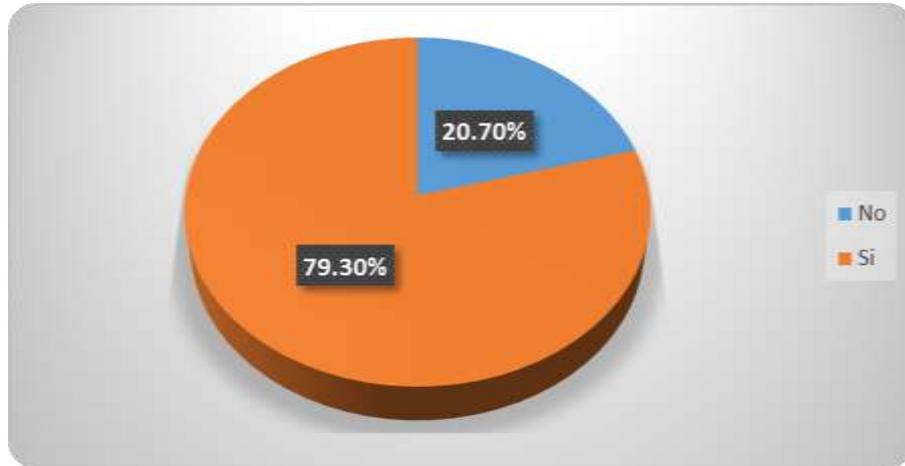
Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

Figura 02: talla según el peso de niños menores de 10 años con obesidad.



Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

Figura 03: entorno obesogenico de los niños menores de 10 años con obesidad.



Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

Tabla N° 1. Factores Demográficos que determinan la obesidad en niños menores de 10 años.

Edad/sexo	Grado de obesidad						Total N	Chi-cuadrado	p		
	< 5 años		Bajo riesgo		Riesgo moderado						
	n	%	n	%	n	%					
Sexo	Femenino	7	24.1	4	13.8	-	-	11	38.0	5.525	0.063
	Masculino	4	13.8	13	44.7	1	3.5				
Edad (años)	<1 año	6	20.7	-	-	-	-	6	20.7	33.207	0**
	[1-5]	5	17.2	1	3.5	-	-	6	20.7		
	[5-10]	-	-	16	55.2	1	3.5	17	58.6		

** $p < 0.05$, es significativo.

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

En relación al factor demográfico que determina la obesidad en niños menores de 10 años según grados de obesidad, se encontraron que los niños menores de 5 años son el 24.1 %, del sexo femenino, y el 13.8 % del sexo masculino; el grado de obesidad de bajo riesgo, el 44.7 % son del sexo masculino, y el 13.8 % son del sexo femenino; en el grado de obesidad de riesgo moderado alcanza el 3.5 % del sexo masculino.

Los grados de obesidad según edad, se encontraron que los niños menores de 5 años son el 20.7 %, menores de un año, y el 17.2% son entre 1 a 5 años, el 13.8 %no encontrándose niños entre 5 a 10 años.

Los grados de obesidad de bajo riesgo, se encontraron que los niños de 5 a 10 años son el 55.2 %, y el 3.5 % son niños de 1 a 5 años.

El grado de obesidad de moderado riesgo, solo se encontró el 3.5 % son de 5 a 10 años.

De los resultados, se desprende que el factor demográfico no determina la obesidad de los niños menores de 10 años ($p=0.063 >0.05$).

Tabla N° 2. Factores Sociales que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años.

		Grado de obesidad						Total N %	Chi- cuadrado	P	
		< 5 años		Bajo riesgo		Riesgo moderado					
		n	%	n	%	n	%				
Instrucción de la madre	Primaria	4	13.8	3	10.3	1	3.5	8	27.6	4.16	0.285
	Secundaria	6	20.7	13	44.8	-	-	19	65.5		
	Superior	1	3.5	1	3.5	-	-	2	6.9		
Entorno Obesogénico	Si	6	20.7	16	55.1	1	3.5	23	79.3	6.805	0.033**
	No	5	17.2	1	3.5	-	-	6	20.7		
Nivel educativo del niño	Ninguno	10	34.5	1	3.5	-	-	11	38.0	28.351	0.000**
	Inicial	1	3.5	2	6.8	-	-	3	10.3		
	Primaria	-	-	14	48.2	1	3.5	15	51.7		

** $p < 0.05$, es significativo.

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

La Tabla N° 2 se aprecia que los factores Sociales que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años, en relación a la instrucción de la madre la mayoría se ubica en el nivel secundario con el 65.5 %, y en menor proporción son del nivel superior con el 6.9 % ($P=0.285 < 0.05$).

En relación al entorno obesogénico, el 79.3 % de los niños que se ubican con el entorno obesogénico el 55.1 % se encuentra en el bajo riesgo de obesidad, y el 3.5 % con bajo riesgo y riesgo moderado respectivamente; y un 20.7 % no tiene riesgo obesogénico que determine la obesidad ($P=0.033 < 0.05$).

Nivel educativo del niño, 51.7 % de los niños se encuentran en el nivel primaria, de ellos el 48.2 % se ubican como niños con el grado de bajo riesgo de obesidad; y el 38.0 % fueron niños con ningún grado de escolaridad, de ello 34.5 % son menores de 5 años y el 6.8 % de niños del nivel inicial se encuentran en el bajo riesgo ($P=0.000 < 0.05^{**}$).

En efecto, al analizar los resultados en relación al entorno obesogénico del niño es un criterio que contribuye a la obesidad del niño. Así también, el nivel de instrucción de la madre del niño aporta significativamente a la obesidad del niño ($p=0.000 < 0.05$). Tabla N° 02

TABLA N° 3 Factor Cultural determinan la obesidad de los niños menores de 10 años.

Actividad Cultural (frecuencia)	Grado de obesidad							Chi- cuadra do	p		
	< 5 años		Bajo riesgo		Riesgo modera do		Total				
	n	%	n	%	n	%				N	
Consumo de alimentos / día	Una vez	1	3.5	-	-	-	-	1	3.5	3.222	0.521
	Tres veces	1	3.5	4	13.8	-	-	5	17.2		
	4 veces a más	9	31.0	13	44.8	1	3.5	23	79.3		
Actividad física	ninguna actividad física	3	10.3	1	3.5	-	-	4	13.8	3.998	00.678
	30 minutos diarios	5	17.2	9	31.1	1	3.5	15	51.7		
	1 a 2 veces por semana	1	3.5	3	10.3	-	-	4	13.8		
	4 a más veces por semana	2	6.9	4	13.8	-	-	6	20.7		
Tiempo frente al televisor / día	Ninguno	2	6.9	-	-	-	-	2	6.9	6.325	0.388
	< 01 hora	1	3.5	2	6.9	-	-	3	10.3		
	1 a 2 horas	3	10.3	8	27.6	1	3.5	12	41.4		
	> a 3 horas	5	17.2	7	24.1	-	-	12	41.4		
Deporte que practica / día	Ninguno	3	10.3	-	-	-	-	3	10.3	12.582	0.127
	Manualidades	2	6.9	6	20.7	1	3.5	9	31.0		
	Natación	1	3.5	3	10.3	-	-	4	13.8		
	Baile	5	17.2	5	17.2	-	-	10	34.5		
	Karate	-	-	3	10.3	-	-	3	10.3		
Actividades recreativas / día	Ninguno	2	6.9	-	-	-	-	2	6.9	7.574	0.271
	Salir a zonas recreativas	3	10.3	9	31.1	-	-	12	41.4		
	Jugar	6	20.7	7	24.1	1	3.5	14	48.3		
	Estudiar	-	-	1	3.5	-	-	1	3.5		

** $p < 0.05$, es significativo.

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate vitarte

La Tabla N° 3 se aprecia que los factores culturales que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años, en relación al consumo de alimentos de los niños la mayoría se ubica con el consumo de alimentos más de 4 veces al día que representa un total de 79.3 %, y en menor proporción son los que consumen alimentos una vez al día con 3.5 %.

En relación a la actividad física el 51.7 % de los niños realizan actividad física 30 minutos diarios, el 31.1% se encuentra con bajo riesgo de obesidad, y el 3.5 % con bajo riesgo y

riesgo moderado respectivamente; y un 13.8 no realiza ninguna actividad física. En relación del tiempo frente al televisor del niño 44.7% de los niños se encuentran de 1 a 2 y mayor de 3 horas frente al televisor, de ellos el 27.6 % se ubican como niños con bajo riesgo de obesidad; y el 10.3 % fueron niños que están menos de una hora frente al televisor.

En efecto, al analizar los resultados de deporte que practica del niño por día. El 34.5% practica baile de ellos el 17.2% están en bajo riesgo de obesidades y son menores de 5 años .el 10.3% no practica ninguna actividad física además son niños menores de 5 años.

En relación a la actividad recreativa del niño. 48.3% de los niños juegan y de ellos 24.1% están en bajo riesgo de obesidad y el 3.5% en riesgo moderado de ellos el 20.7% son menores de 5 años. El 3.5% de los niños se dedican estudiar además están en bajo riesgo de obesidad.

En cuanto al factor cultural, según la Tabla 03, los resultados determinan algún factor cultural del niño que influya en la obesidad del mismo, toda vez que las probabilidades no son significativas ($p > 0.05$)

Tabla N° 4. Factores Nutricionales que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años.

		Grado de obesidad						Total	Chi-cuadrado	p	
		< 5 años		Bajo riesgo		Riesgo moderado					
		n	%	n	%	N	%				
1.Granos: Pan	No adecuado	7	24.1	15	51.7	1	3.5	23	79.3	2.834	0.242
	Adecuado	4	13.8	2	6.9	-	-	6	20.7		
Galletas	No adecuado	5	17.2	13	-	1	3.5	19	65.5	3.654	0.161
	Adecuado	6	20.7	4	13.8	-	-	10	34.5		
2.Carnes y proteínas	No adecuado	11	37.9	16	55.2	1	3.5	28	96.5	1.093	0.579
	Adecuado	-	-	1	3.5	-	-	1	3.5		
3.Lácteos	No adecuado	8	27.6	8	27.6	-	-	16	55.2	3.493	0.174
	Adecuado	3	10.3	9	31.0	1	3.5	13	44.8		
4.Frutas	No adecuado	2	6.9	2	6.9	-	-	4	13.8	0.523	0.77
	Adecuado	9	-	15	51.7	1	3.5	25	86.2		
5.Verduras	No adecuado	7	24.1	6	20.7	-	-	13	44.8	3.397	0.183

Adecuado	4	13.8	11	37.9	1	3.5	16	55.2
----------	---	------	----	------	---	-----	----	------

** $p < 0.05$, es significativo.

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

La Tabla N° 4 se aprecia que los factores nutricionales que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años, en relación al consumo de granos la mayoría se ubica en el consumo no adecuado de granos de los niños con un total de 79.3% de ellos 51.7% están en bajo riesgo de obesidad, 24.1% son niños menores de 5 años y el 3.5% en riesgo moderado. De ellos el 24.1% son menores de 5 años; en menor proporción de 20.7% consumen lo adecuado de granos de ellos 6.9 están en riesgo bajo de obesidad .el 13.8% son menores de 5 años.

En efecto del consumos de galletas. 65.5% de los niños consumen no adecuado de galletas de ellos 44.8 están en bajo riesgo y el 3.5% están en riesgo moderado de obesidad y el 17.2% son menores de 5 años. 34.5% de los niños consumen lo adecuado de galletas, el 13.8% estan en riesgo bajo de obesidad y de ellos el 20.7% son menores de edad.

En relación al consumo de carne .96.5% de los niños consumen no adecuado de carne de ellos el 55.2% están bajo riesgo de obesidad y el 3.5 % en riesgo moderado además el 37.9% son menores de 5 años. En menor medida el 3.5% consumen lo adecuado.

En relación al consumo de lácteos .55.2% de los niños consumen no adecuado de lácteos de ellos el 27.6% están bajo riesgo de obesidad y además el 27.6% son menores de 5 años. En menor medida el 44.8% consumen lo adecuado de ellos el 31.0% estan en bajo riesgo de obesidad y el 3.5% estan en riesgo moderado de obesidad el 10.3% son menores de 5 años.

En relación al consumo de frutas .86.2% de los niños consumen frutas lo adecuado de ellos el 51.7% están bajo riesgo de obesidad y además el 3.5% están en riesgo moderado de ellos el 31.0% son menores de 5 años. 13.8% consumen no adecuado de ellos el 6.9% están en bajo riesgo de obesidad.6.9% son menores de 5 años.

Al consumo de verduras 55.2 % de los niños consumen verduras lo adecuado de ellos el 37.9% están bajo riesgo de obesidad y además el 3.5% están en riesgo moderado de ellos el 13.8% son menores de 5 años. 44.8% consumen no adecuado de ellos el 20.7% están en bajo riesgo de obesidad.24.1% son menores de 5 años.

Tabla N° 5. Factores Demográficos, Sociales, Culturales y Nutricionales que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años.

Factor	Grado de obesidad						Total	Estadístico Gamma	p	
	< 5 años		Bajo riesgo		Riesgo moderado					
	n	%	n	%	n	%				
Demográfico	Edad	<1 año	6	20.7	-	-	-	-	0.999	0.000**
		[1-5]	5	17.2	1	3.5	-	-		
		[5-10]	-	-	16	55.2	1	3.5		
	Peso (kg.)	2.5-10	1	3.5	-	-	-	-		
11-20		7	24.1	-	-	-	-			
21-30		3	10.3	1	3.5	-	-			
31-50		-	-	16	55.2	1	3.5			
Social	Entorno Obeso génico	No	5	17.2	1	3.5	-	-	0.87	0.013**
		Si	6	20.7	16	55.2	1	3.5		
	Nivel educativo	Ninguno	10	34.5	1	3.5	-	-		
		Inicial	1	3.5	2	6.9	-	-		
Primaria		-	-	14	48.3	1	3.5			
Cultural	Tiempo frente al televisor / día	Ninguno	2	6.9	-	-	-	-	6.325	0.388
		< 01 hora	1	3.5	2	6.9	-	-		
		1 a 2 horas	3	10.3	8	27.6	1	3.5		
		> a 3 horas	5	17.2	7	24.1	-	-		
Nutricional (Consumo /día)	Granos: Pan	Adecuado	4	13.8	2	6.9	-	-	2.834	0.242**
		No adecuado	7	24.1	15	51.7	1	3.5		

** p < 0.05, es significativo.

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate vitarte

En la Tabla 5, se aprecia sobre los factores que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años, se encontraron los resultados siguientes:

Respecto al factor demográfico según la edad del niño la mayoría se encuentra entre los 5 a 10 años, con el 58.6 %, de ello la mayoría se encuentra con bajo riesgo de obesidad con el 55.2 %, seguido de niños entre 1 a 5 años con el 20.7 %, con el 3.5 % con riesgo moderado, y menores de 1 año, sin riesgo de obesidad. En relación al peso, el 58.6 % tiene un peso 31-50 Kg. Y la mayoría con el 55.2 %, se encuentra con bajo riesgo, y el 3.5 %

con riesgo moderado. En efecto, el factor demográfico determina la obesidad ($\gamma=0.999$), es decir, a mayor edad, mayor peso del niño mayor grado de obesidad.

En relación al factor social, según al entorno obesogénico, la mayoría de los niños con el 79.3 % se encuentran que si tienen antecedentes familiares de obesidad, de ello 55.2 % se ubican en el bajo riesgo de obesidad, y el 3.5 % con riesgo moderado.

El nivel educativo, más de la mitad de los niños con el 51.7 % se encuentran en el nivel primario, de ellos 48.3 % están en el bajo de obesidad, y el 3.5 % con riesgo moderado.

En efecto, el factor social determina la obesidad de los niños ($\gamma=0.000$).

Respecto al factor cultural el que tuvo mayor relevancia con el 41.4 % es el tiempo que pasa el niño frente al televisor más de 3 horas. En efecto, el factor cultural determina la obesidad ($\gamma=0.388$).

Dentro del factor nutricional, el consumo de granos en exceso fue el de mayor relevancia con el 79.3 % de consumo considerado como no adecuado, ubicándose en el bajo riesgo con el 51.7 %. Por tanto, el factor nutricional determinó la obesidad de los niños ($\gamma=0.242$).

5 DISCUSIÓN

Con los resultados de la presente investigación, pudimos establecer criterios de discusión respecto a los resultados de estudios previos en donde son consideradas como dimensiones de factores demográficas, sociales, culturales y nutricionales.

El factor demográfico que determina la obesidad en niños menores de 10 años, la mayoría de los niños se encuentran entre las edades de 5 a 10 años (58.6%), y con bajo riesgo de obesidad, el referido resultado concuerda con el estudio realizado por Guzmán Loayza M. y otros autores donde señala los factores demográfico se asocian al sobre peso.

En relación al factor social, según al entorno obesogénico, la mayoría de los niños (79.3 %) tienen antecedentes familiares de obesidad, con bajo riesgo de obesidad, y un mínimo porcentaje (3.5 %) con riesgo moderado, resultados similares a los a los señalados por Ríos Guzmán E. los resultados indican que antecedentes familiares se asocian al sobrepeso. Asimismo, en relación al nivel educativo, más de la mitad de los niños (51.7 %) se encuentran en el nivel primario, de ellos están en el bajo riesgo de obesidad y con riesgo moderado, resultados que coinciden con el estudio de Contreras Ortiz, y otros, que señala a los estudiantes del nivel de primaria que tienen la tendencia al sobrepeso y obesidad.

En efecto, el factor social determina la obesidad de los niños ($\text{gamma}=0.000$).

De acuerdo al factor cultural que determina la obesidad en niños menores de 10 años, los resultados encontrados Respecto al factor cultural el que tuvo mayor relevancia (41.4 %) es el tiempo que pasa el niño frente al televisor más de 3 horas, al contrastar con el autor Ríos Guzmán E. en su estudio sobre factores asociados a la obesidad, cuyo resultado es que el sedentarismo está reflejado en horas de ver TV, menos ejercicio en los niños con obesidad.

En efecto, el factor cultural determina la obesidad ($\text{gamma}=0.388$).

En relación a los factores nutricionales, que determinan la obesidad, el consumo de granos en exceso es el que tuvo mayor relevancia conocido como carbohidratos que influye en la obesidad del niño ($\text{gamma}=0.99$) estos resultados permitieron contrastar con los estudios de Cabanillas, Malca, señala que la gran mayoría consume carbohidratos y agua.

En consecuencia, se evidencia estadísticamente que el factor nutricional es determinante de la obesidad del niño (gamma).

6 CONCLUSIONES

- El perfil de los niños menores de 10 años, la mayoría se encuentra entre las edades de 5 – 10 años, y de sexo masculino, con un peso de 31kg a 50 kg.
- El factor demográfico, que determinan la obesidad en niños menores de 10 años en la mayoría son entre las edades entre 5 a 10 años (58.6%), del sexo masculino ubicados en el bajo riesgo de obesidad (62.0%).
- El factor social, que determina significativamente en la obesidad de niños menores de 10 años , en la mayoría (79.3%) es el entorno obesogenico (antecedentes familiares), con un nivel educativo de primaria (51.7%) ubicándose en el bajo riesgo de obesidad
- El factor cultural, que determina la obesidad de los niños menores de 10 años, tuvo mayor significancia (41.4 %) el tiempo que pasa el niño frente al televisor más de 3 horas.
- El factor nutricional, es el principal determinante de la obesidad en niños menores de 10 años, es debido al exceso de consumo de granos como carbohidratos, ubicándose en el bajo de grado de obesidad (51.7 %).
- Los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales determinaron la obesidad en niños menores de 10 años, En efecto se acepta la hipótesis alterna planteada en el presente estudio.

7 RECOMENDACIONES

Al sector salud:

La prevención y promoción de la salud en relación a la obesidad en niños sea de manera continua en estudiantes del nivel primario de los centros educativos. Asimismo la educación para la salud dirigida a las familias, para que los cuidadores de los menores tomen mayor responsabilidad en la alimentación saludable, y control de crecimiento y desarrollo de los niños.

La familia:

Se recomienda tomar conciencia que la alimentación balanceada de acuerdo a los requerimientos nutricionales del niño es un factor determinante para evitar la obesidad en los niños.

Para el factor social estrategias que busquen consenticiar a la familia que padece obesidad para la toma de decisiones que puedan facilitar el tratamiento médico.

Para el factor cultural se recomienda a la familia y comunidad sobre los beneficios de llevar un estilo de vida y alimentación saludable, esto disminuirá que se padezca obesidad a temprana edad.

Para el factor nutricional al saber que es uno de los principales factores determinantes de la obesidad se recomienda charlas y capacitaciones acerca de una alimentación sana y variada para disminuir la obesidad infantil

A la Universidad

Se motiven a los estudiantes y egresados a desarrollar trabajos de investigación en relación al tema de la obesidad en niños, debido a la vulnerabilidad creciente en este grupo de población.

8 REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Gotthelf S, Jubany L. Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados al Síndrome Metabólico en niños y adolescentes obesos de la ciudad de salta [internet]. 2004 [citado el 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/237475897>
2. Güell R, Carvajal M. Obesidad en el niño y el adolescente. En: De la Torre, González J, Gutiérrez JA, Jordán J, Pelayo EJ, eds. *Pediatría*, tomo 7. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; [internet]. 2004. [Citado el 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300002
3. Chiang M, Torres M, Maldonado M, González U. Propuesta de un programa de promoción sobre un estilo de vida saludable en preescolares mediante una intervención multidisciplinaria. *Rev. Cubana Invest. Bioméd.* [Internet]. 2003 [citado el 19 de diciembre de 2018]; 22(4): 245-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000400005&lng=es.
4. Eisenmann J. Methodology on the use of a continuous metabolic syndrome score in pediatric research. *Cardiovascular Diabetology*. [Internet]. 2008 [citado el 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2840-7-17>
5. Bermejo A, Orozco F, Ordóñez J, Parga C. Obesidad infantil, nuevo reto mundial de malnutrición en la actualidad. *Biociencias*, [Internet]. 2016 [citado el 20 de diciembre de 2018]. 11(2), 27-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6118646>
6. Burrows R. Avances en el síndrome metabólico en niños con sobrepeso. *J. Pediatr.* 2008;152:185-90.[Internet].2008[citado el 19 de diciembre de 2018] Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300002
7. Iannuzzi A, Licenziati M, Acampora C. Carotidartery stiffness in obese children with the metabolic syndrome. *Am. J. Cardiol.* 2006;97: 528-31.[Internet] 2006 [citado el 19 de diciembre de 2018]Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16461050>

8. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH. Overweight in children and adolescents pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*. 2005;111:1999-2012.[Internet] [citado el 19 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15837955>

9. Fagot-Campagna A. Emergence of type 2 diabetes mellitus in children: epidemiological evidence. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* 2000;13:1395-402. [Internet] 2012.[citado el 20 de diciembre de 2018]
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749024/>

10. Barceló A, Bossio J, Libman I, Ramos O, Beltrán M, Vera M. Módulo Obesidad Infantil, Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria, DRAFT. Organización Panamericana de la Salud. [Internet] 2002. [citado el 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://docplayer.es/2560838-Modulo-obesidad-infantil-salud-del-nino-y-del-adolescente-salud-familiar-y-comunitaria.html>

11. Pajuelo-Ramírez, J. (2017, April). La obesidad en el Perú. En: *Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM. Facultad de Medicina. 2017; 78(2), 179-185. [Internet] 2017. [citado el 20 de diciembre de 2018]. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n2/a12v78n2.pdf>

12. Guzmán-Loaiza M, Pérez-Salgado C. Factores socioeconómicos, demográficos, institucionales y familiares asociados con exceso de peso en niños de 2 a 5 años asistentes a los jardines infantiles de Envigado-Colombia, 2014-2015. *Perspectivas en Nutrición Humana*. [Internet] 2016. [citado el 20 de diciembre de 2018]. 17(2), p. 125-140. Disponible en: www.researchgate.net/publication/305888156

13. Ríos E. Factores familiares asociados a obesidad infantil de UMF 61. [Internet] 2015 [citado el 20 de diciembre de 2018]. Disponible en <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42257/RiosGuzmanEnrique.pdf;jsessionid=392A5224D47B6147343F128B471BD3AF?sequence=1>

14. Domínguez L, Fernández-Britto J, Sánchez M, Alvarez V, Hernández H, Gómez V, Ferrer M. Sobrepeso y dislipidemias en adolescentes. *Revista cubana de Pediatría*, 2014; 86(4), 433-444.

15. Alberdi G, McNamara A, Lindsay K, Scully H, Horan M, Gibney E, McAuliffe F. The association between childcare and risk of childhood overweight and obesity in children

- aged 5 years and under: a systematic review. *European journal of pediatrics*. 2016; 175(10), 1277-1294.
16. Vicente Sánchez, B., García, K., González Hermida, A., & Saura Naranjo, C. E. Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. *Revista Finlay*. [Internet]. 2017 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100007
 17. Pajuelo J, Rocca J, Gamarra M. Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. *An. Fac. Med.* 2003, 64(1), 21-26. ISSN 1025-5583.
 18. Contreras L, Febres P. Relación del estilo de vida con el sobrepeso y obesidad en alumnos de instituciones educativas estatales del nivel primario del Pueblo Joven Independencia, Alto Selva Alegre–Arequipa 2016. [tesis de maestría]. Repositorio UNSA. [Internet] 2017 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4625>
 19. Malca T, Córdova I. Sobrepeso y obesidad relacionados a la alimentación en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial maría de Fátima Cajamarca 2017 [tesis de maestría]. Repositorio UPAGO. [Internet] 2017 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/417/TESIS%20ISSA%20Y%20THAIMARYS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 20. Percca Y. Factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, 2014. [tesis de maestría]. Cybertesis UNMSM. [Internet] 2017 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3875>
 21. Villagarcía F. La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y su acercamiento a América Latina en el periodo 2011-2017. [tesis de maestría]. Repositorio PUCP. [Internet] 2018 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/12916>
 22. Sánchez D. Obesidad, tipos, causas y tratamiento [Internet] 2015 [citado el 22 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fisiodia.es/obesidad-tipos-causas-y-tratamiento>

23. Instituto Quirúrgico Dermoestético ILAHY. Tipos de obesidad. ¿Padeces sobrepeso o algún grado de obesidad? [Internet] [citado el 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ilahy.es/nutricion/tipos-obesidad.html>
24. Mayo Clinic Obesidad Infantil [Internet]. [citado diciembre de 2017] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-obesity/diagnosis-treatment/drc-20354833#!>
25. Víctor Vélez Acosta la obesidad[Internet].Disponible en: <https://es.scribd.com/document/84859975/La-Obesidad>
26. Los seis consejos de la OMS para reducir la obesidad infantil Juan Manuel García [Internet] [citado 26-01-2016] Disponible en: Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20160125/301661879260/consejos-oms-reducir-obesidad-infantil.html>
27. Healthy children. La cantidad y el tamaño de las porciones: Lo que los padres necesitan saber sobre la cantidad y el tamaño de las porciones. [Internet] 2015 [citado el 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/healthy-living/nutrition/paginas/portions-and-serving-sizes.aspx>
28. Erickson J. Relación entre la obesidad y la salud Mental 2012. Fundación Escuela para la formación y actualización en Diabetes y Nutrición. [Internet] 2012 [citado el 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.fuedin.org/articulos_fuedin/detalle.php?articulo=198
29. Sánchez M, Sánchez P, Leguen L, Del Sol Y, Vázquez J, Sánchez PJ. Edad, sexo, triglicéridos y obesidad: su asociación como factores de riesgo cardiometabólico en personas supuestamente saludables. Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. [Internet] 2018 [citado el 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/flipbook/patol/pt2018/num2/mobile/index.html#p=101>
30. Álvarez L, Goez J, Carreño C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2012; 11(23).
31. Medina F, Aguilar A, Solé J. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2014; 34(1), 67-71.

32. Del Águila C. Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2017 [citado el 28 de diciembre de 2018]; 34(1): 113-118. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-en46342017000100016&lng=es . <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2773>
33. Polanco Allué Alimentación del niño en edad preescolar y escolar [internet] [citado 28 de diciembre de 2018]; Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-alimentacion-del-nino-edad-preescolar-articulo-13081721>

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONCISTENCIA

FACTORES QUE DETERMINAN LA OBESIDAD EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA, 2019.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p>Problema General</p> <p>Cuáles son los factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta ,2019?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>Cuáles son las características demográficas que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta ,2019?</p> <p>¿Cuáles son los factores sociales que</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Establecer los factores que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte, 2019</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>-Identificar las características demográficas que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta, 2019</p> <p>- Conocer los factores sociales que determinan la obesidad en niños</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Ha: Los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales son las que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte ,2019</p> <p>Ho: Los factores demográficos, sociales, culturales y nutricionales son las que no determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte 2019</p>	<p>1 Tipo de investigación.</p> <p>El que generará información científica del fenómeno de la realidad.</p> <p>De acuerdo el tipo de estudio es: al tipo de investigación es aplicada debido a análisis de la información</p> <p>Descriptivo, y analítico causal.</p> <p>De acuerdo al número de las mediciones el estudio es transversal</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Explicativo, debido a que las</p>

<p>determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta ,2019?</p> <p>¿Cuáles son los factores Nutricionales que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta ,2019?</p> <p>¿Cuáles son los factores culturales que determinan la obesidad en niños menores de 10 años atendidos en el centro de Salud Gustavo Lanatta 2019?</p>	<p>menores de 10 años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta ,2019</p> <p>- Identificar los factores nutricionales que determinan la obesidad en niños menores de años 10 atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta 2019</p> <p>-Identificar los factores culturales que determinan la obesidad en niños menores 10 de años atendidas en el centro de Salud Gustavo Lanatta ,2019</p>	<p>Hipótesis Específicos</p> <p>Los factores demográficos son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte 2019</p> <p>Los factores sociales son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en el de 10 años atendidos en Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte 2019</p> <p>Los factores culturales son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en el Centro de salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte 2019</p> <p>Los factores nutricionales son las que determinan la obesidad de los niños menores de 10 años atendidos en el de 10 años atendidos en Centro de</p>	<p>variables demográficas, sociales, culturales, y nutricionales determinará la obesidad infantil en niños atendidos en Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte 2019</p> <p>Es no experimental, debido a que las variables estudiadas de los factores demográficos, sociales, culturales, y nutricionales que determinan la obesidad infantil no serán manipuladas por el investigador.</p>
--	--	--	---

		salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte 2019	

ANEXO 02

UNIVERSIDAD MARIA AUXILIADORA

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El objetivo de la presente entrevista es para obtener información en relación a los datos de obesidad de los niños menores de 10 años, con fines de investigación para contribuir en el mejoramiento de la atención de los niños referidos, esperamos su colaboración.

I FACTOR DEMOGRAFICO

DATOS PERSONALES DE LA MADRE:

- EDAD.....

Datos del niño:

- Sexo: F () M ()

- Edad:.....

- 1) 0 a 6 meses
- 2) 7 meses a 1 año
- 3) 2 años a 5 años
- 4) 6 años 10 años

- Talla:

- 1) 44.2cm a 69.8 cm ()
- 2) 62.7 cm a 99 .1 cm ()
- 3) 85.0cm a 125.8cm ()
- 4) 105.9cm a 149.1cm ()

- Peso (kg)

- 1) 2.5 kg a 10kg ()
- 2) 11kg a 20 kg ()
- 3) 21 kg a 30kg ()
- 4) 31 kg a50kg ()

II FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD EN NIÑOS

SOCIALES:

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1. Inicial SI () NO ()
2. Primaria SI () NO ()
3. Secundaria SI () NO ()
4. Superior SI () NO ()

NIVEL EDUCATIVO

1. Inicial si () no ()
2. Primaria si () no ()
3. ninguno si () no ()

ENTORNO OBESIGENICO

Presencia de dos o más integrantes de la familia con obesidad según IMC:

- SI () NO ()

III FACTORES CULTURALES

Frecuencia de consumo de alimento

1. Una vez si () no ()
2. Dos Veces si () no ()
3. Tres veces si () no ()
4. Cuatro veces a más si () no ()

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FISICA

- 1) 30 minutos diarios si () no ()
- 2) 1 a 2 veces por semana si () no ()
- 3) a 4 a más veces por semana si () no ()
- 4) ninguna actividad física si () no ()

TIEMPO PROMEDIO DE PERMANENCIA DIARIA FRENTE AL TELEVISOR DEL NIÑO

GRUPO DE ALIMENTO PARA NIÑOS 1 -10 AÑOS

GRUPO DE ALIMENTO	PORCIONES DIARIAS	TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD	TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD	TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD
GRANOS	6 – 11 PORCIONES	PAN: ½ - 1 () 2 a + () GALLETAS: Galletas: 2 - 3 () 4 - + ()	PAN: ½ - 1 () 2 a + () GALLETAS: Galletas: 3 - 4 () 5 - + ()	PAN: 1 – 2 () 3 a + () GALLETAS: Galletas: 4 -5 () 6 - + ()
LÁCTEOS	2 – 3 PORCIONES	LECHE: (taza) ½ - 1 () 2 - + () QUESO: (Onz) ½ () 1 - + ()	LECHE: (taza) ½ - 1 () 2 - + () QUESO: (Onz) 1 () 2 - + ()	LECHE: (taza) 1 () 2 - + () QUESO: (Onz) 1 () 2 - + ()
CARNES Y OTRAS PROTEINAS	2 PORCIONES	CARNE: (Porc) 1 () 2 - + () POLLO: (Porc) 1 () 2 - + ()	CARNE: (Porc) 1 () 2 - + () POLLO: (Porc) 1 () 2 - + ()	CARNE: (Porc) 1 () 2 - + () POLLO: (Porc) 1 () 2 - + ()
FRUTAS	2-3 PORCIONES	FRUTA: (TROZO) ½ - 1 () < ½ ()	FRUTA: (TROZO) ½ - 1 () < ½ ()	FRUTA: (TROZO) ½ - 1 () < ½ ()
VERDURAS	2-3 PORCIONES	ENSALADA: (taza) ½ () < ½ ()	ENSALADA: (taza) ½ () < ½ ()	ENSALADA: (taza) 1 () < 1 ()

ANEXO 03

Consentimiento informado

Información al participante.

Yo.....de.....

Años de Edad

Por medio de la presente hago constar que los bachilleres de enfermería Aguirre Barrios Loyer, Espinoza León Mariela de la universidad María Auxiliadora me han solicitado que participe como informante en su trabajo de investigación titulado **“FACTORES QUE DETERMINAN LA OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA ATE VITARTE, 2019”**

, igual forma doy fe que se me ha explicado detalladamente cual es el objetivo del trabajo, cual es la colaboración de mi persona al formar parte de su población de estudio ,se me ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos que le estoy proporcionando.

En tal sentido, por medio de la presente le estoy dando mi consentimiento para participar en el estudio.

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

.....

Nombre y firma de los padres y/o cuidador

NOMBRE

FIRMA

ANEXO 04

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población finita

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población finita

$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2(N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

N= población (48)

n=muestra

p=probabilidad de que la hipótesis sea verdadera (P=0.95)

q= (1-p) probabilidad de no ocurrencia de la hipótesis (0.05)

Z= nivel de confianza (%) (95)

E=error estimado de muestra (0.05)

$$n = \frac{95^2 * (0.95 * 0.05) * 48}{0.05^2(48-1) + 95^2 (0.95 * 0.05)} = 29.20$$

DATOS DEMOGRAFICOS

Tabla 01. Sexo según edad del niño con obesidad

		Sexo				Total
		Mujer		Varón		
Edad	0-6 meses	-	-%	-	-%	-
	7 meses a <1 año	4	66,7%	2	33,3%	6
	[1-5]	4	66,7%	2	33,3%	6
	[5-10]	3	17,6%	14	82,4%	17

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

El 82.4% de los niños entre 5 y 10 años son varones. El 17.6% de los niños son mujeres

DATOS DE FACTOR SOCIAL

Tabla 2 Nivel educativo del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
Válido	Ninguno	11	37,9	37,9	37,9
	Inicial	3	10,3	10,3	48,3
	Primaria	15	51,7	51,7	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tabla 03. Entorno Obesogénico del niño con obesidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	6	20,7	20,7	20,7
Si	23	79,3	79,3	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Gustavo Lanatta Ate Vitarte

El 79.3% posee un entorno obesogenico, y solo el 20.7% no lo posee.

DATOS DE FACTOR CULTURAL

Frecuencia de actividad física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ninguna actividad física	4	13,8	13,8	13,8
	30 minutos diarios	15	51,7	51,7	65,5
	1 a 2 veces por semana	4	13,8	13,8	79,3
	4 a más veces por semana	6	20,7	20,7	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Tiempo frente al televisor niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	2	6,9	6,9	6,9
	< 01 hora	3	10,3	10,3	17,2
	1 a 2 horas	12	41,4	41,4	58,6
	> a 3 horas	12	41,4	41,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

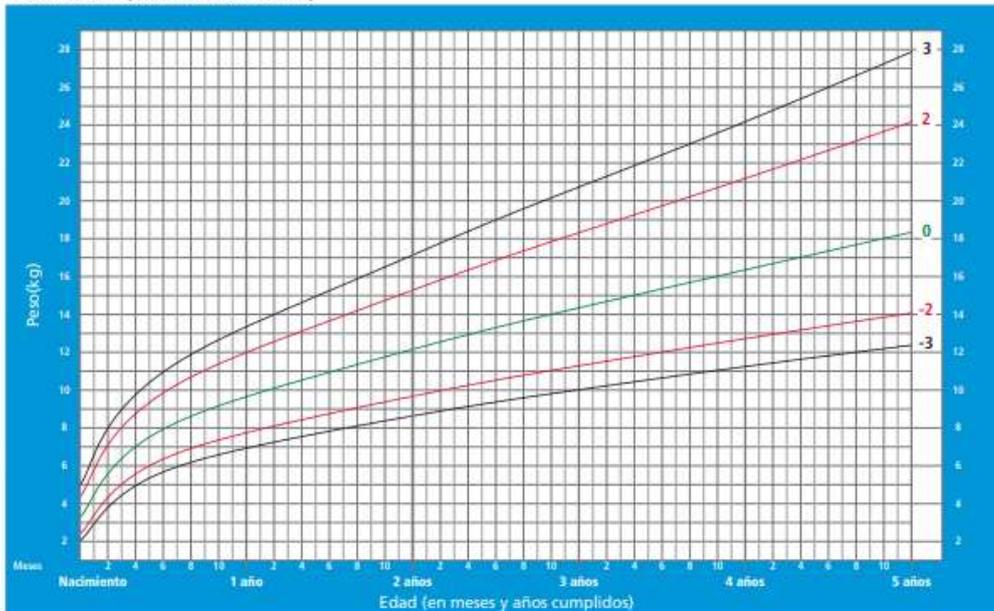
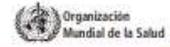
Se mostrarán algunos resultados descriptivos de las variables más importantes.

Anexo 5

Norma técnica Resolución N° 537-10 junio del 2017/MINSA

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS