



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana

Factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022

Tesis

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

David Jonas Guevara Saucedo

Asesor

M(o). Juan José Liza Delgado

Huacho – Perú

2025

JUAN JOSÉ LIZA DELGADO
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 22644 RME 13328



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
LICENCIADA

Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional Medicina Humana

METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
David Jonas Guevara Saucedo	43029400	10/12/2024
DATOS DEL ASESOR:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
Liza Delgado, Juan José	08191517	0009-0001-8847-0036
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA - DOCTORADO:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
M.C. Estrada Choque Efraín Ademar	08802473	0000-0002-8174-2334
M(o). Edgardo Washington Cuevas Huari	21842249	0000-0003-4935-0696
M.C. Valladares Vergara Edgar Ivan	15606301	0000-0003-0500-4484

David Jonas 2024-078555 - Guevara Saucedo

Factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de C...

- Quick Submit
- Quick Submit
- Facultad de Medicina Humana

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn.sid:1.3085314330

Fecha de entrega

19 nov 2024, 11:04 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

19 nov 2024, 11:26 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

a_14_años_atendidos_en_el_consultorio_de_pediatr_e_1_2_1_2.pdf

Tamaño de archivo

2.6 MB

68 Páginas

12,294 Palabras

75,943 Caracteres



Página 2 of 71 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn.sid:1.3085314330

17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 17% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar coincidencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

A Dios en primer lugar que es el que se debe toda la gloria, a mi familia que siempre está presente en todas mis decisiones y metas, a mis profesores que con su enseñanza formar profesionales con ímpetu y ganas de salir delante, a mi padre que no está presente, pero sé que está feliz por mis logros.

DAVID

AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi jurado de tesis, en especial al Dr. Valladares, Iván, por su comprensión y apoyo incondicional contribuyendo con el desempeño y formación en el desarrollo de esta tesis.

Agradecer a mi familia por el sustento moral y económico que me brindan día a día.

DAVID

INDICE

1	Capítulo I.....	15
1.1	Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2	Formulación del problema.....	17
1.2.1	Problema general	17
1.2.2	Problemas específicos.....	17
1.3	Objetivos de la investigación.....	17
1.3.1	Objetivo general.....	17
1.4	Justificación de la investigación	18
1.5	Delimitaciones del estudio.....	19
1.5.1	Delimitación temporal	19
1.5.2	Delimitación espacial	19
1.5.3	Delimitación social	19
1.6	Viabilidad del estudio	19
2	Capítulo II.....	20
2.1	Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1	Antecedentes internacionales.....	20
2.1.2	Antecedentes nacionales.....	23
2.2	Bases teóricas.....	25

2.2.1	Factores de riesgo asociados a obesidad	25
2.3	Historial de medicamentos	29
2.4	Bases filosóficas.....	30
2.4.1	Factores de riesgo asociado a obesidad	30
2.5	Definición de términos básicos.....	31
2.5.1	Factores de riesgo	31
2.5.2	Obesidad	31
2.5.3	Definiciones nutricionales	32
2.5.4	Disminución en el gasto energético	32
2.5.5	Alimentación en el hogar	32
2.5.6	Alimentación en la escuela	32
2.5.7	Alimentación de la comunidad	32
2.5.8	Ingesta calórica.....	33
2.6	Hipótesis de investigación.....	33
2.6.1	Hipótesis general	33
2.6.2	Hipótesis específica	33
3	CAPITULO III METODOLOGIA.....	34
3.1	Diseño metodológico.....	34
3.1.1	Tipo de investigación	34
3.1.2	Nivel de investigación	34
3.1.3	Diseño	34
3.1.4	Enfoque	34
3.1.5	Método de investigación	34

3.2	Población y muestra.....	34
3.2.1	Población.....	34
3.2.2	Muestra.....	34
3.2.3	Técnica de recolección de datos	35
3.3	Técnicas para el procesamiento de la información	35
4	CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	36
5	CAPITULO V DISCUSIÓN	41
6	CAPÍTULO VI CONCLUSIONES	45
7	CAPITULO VII RECOMENDACIONES.....	46
8	Capitulo VIII REFERENCIAS	47
	ANEXOS	54
	ANEXO 1	55
	ANEXO 2	56
	ANEXO 3	57
	ANEXO 4	61
	Carta dirigida a la Unidad de Grados y Títulos	61
	ANEXO 5	62
	Aceptación para ejecución de la investigación	62
	62
	ANEXO 6	63
	Constancia de ejecución de proyecto de investigación.....	63
	63
	ANEXO 7:	64

Cálculos de Excel	64
ANEXO 8:	65
ANEXO 9:	66
ANEXO 10:	67
Anexo 11:.....	68
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	68
ANEXO 12:	71
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	71

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

Materiales y Métodos: La investigación es de tipo básico, con nivel descriptivo, diseño no experimental, enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 74 pacientes, se utilizaron encuesta, cuestionario e historias clínicas como datos de recolección.

Resultados: Los factores postnatales vinculados a la obesidad infantil representaron un 39%, la macrosomía se destacó como en principal factor de riesgo postnatal en nuestro estudio con un 43%. La lactancia mixta fue el segundo factor de riesgo postnatal más relevante en nuestro estudio con 29%. El sedentarismo fue el factor alimentario más común en nuestro estudio representando el 34%, los factores ambientales tuvieron la menor prevalencia en nuestra investigación con 28%.

Conclusión: El principal factor de riesgo asociado a obesidad infantil fue el factor postnatal con 39%, la macrosomía fue el factor de riesgo postnatal más importante 43% en la obesidad infantil atendidos en el consultorio de pediatría, el sedentarismo fue el factor de riesgo alimentario más importante 34%, la pobreza fue el factor ambiental más importante en nuestro estudio 35% atendido en el consultorio de pediatría.

Palabras Clave: *Macrosomía, lactancia materna, obesidad infantil, sedentarismo.*

SUMMARY

Objective: To determine the risk factors associated with obesity in children aged 3 to 14 years treated in the pediatric office of the Chancay Hospital, January to December 2022.

Materials and Methods: The research is of a basic type, with a descriptive level, non-experimental design, and quantitative approach. The sample consisted of 74 patients, using a survey, questionnaire, and clinical histories as data collection.

Results: Postnatal factors linked to childhood obesity represented 39%, macrosomia stood out as the main postnatal risk factor in our study with 43%. Mixed breastfeeding was the second most relevant postnatal risk factor in our study with 29%. Sedentary lifestyle was the most common dietary factor in our study representing 34%, environmental factors had the lowest prevalence in our research with 28%.

Conclusion: The main risk factor associated with childhood obesity was the postnatal factor with 39%, macrosomia was the most important postnatal risk factor 43% in childhood obesity seen in the pediatric office, sedentary lifestyle was the most important dietary risk factor 34%, poverty was the most important environmental factor in our study 35% seen in the pediatric office.

Keywords: *Macrosomia, breastfeeding, childhood obesity, sedentary lifestyle.*

INTRODUCCION

Los factores postnatales vinculados a la obesidad infantil representaron un 39%, superando a los factores alimentarios con un 33% y a los factores ambientales que constituyeron el 28%, asumiendo que la lactancia materna es fundamental en la alimentación durante los primeros meses de vida.

La macrosomia se destacó como el principal factor de riesgo postnatal en nuestro estudio con 43%, es uno de los factores más relevantes en el desarrollo de la obesidad infantil.

El sedentarismo fue el factor alimentario más común en nuestro estudio, representando el 34%, la falta de actividad física es un factor de riesgo importante vinculado a la obesidad.

En consecuencia, debemos educar a las madres sobre los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años, fomentar una comprensión adecuada de los hábitos de vida saludables para prevenir los factores de riesgo tanto ambientales como alimentarios.

Fomentar el consumo de verduras y hortalizas en el hogar, así como la promoción de una alimentación saludable en las escuelas incentivar la práctica regular de actividad física en niños a través de actividades recreativas, limitando o eliminando el uso de dispositivos electrónicos, salvo para actividades académicas.

1 Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción de la realidad problemática.

La obesidad infantil se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal que representa un peligro para la salud. Se clasifica como un estado en el que un niño o adolescente mayor de 2 años tiene un índice de masa corporal (IMC) que supera el percentil 95 o está dos desviaciones estándar por encima de la mediana. Además, las variaciones en el IMC están relacionadas de manera diferente con la etnia y el incremento de la masa muscular (Sociedad de endocrinología pediátrica, 2020)

La Organización Mundial de Salud (OMS) informó que la prevalencia de obesidad en niños de 5 a 9 años ha aumentado un 29%. En el 2005, se registró un incremento del 0.8%, mientras que en el 2019 el aumento fue del 6.8% (OMS).

A nivel internacional, la obesidad infantil en Europa sigue siendo elevada, según los datos proporcionados por la OMS. El 29% de los niños entre 7 a 9 años presentan sobrepeso, de los cuales el 12% se clasifica como obesidad (COSI) revela que España es el cuarto país europeo con la mayor tasa de obesidad, alcanzando un 16% (OMS, 2019).

En Estados Unidos, la tasa de obesidad infantil es alarmante alta, alcanzando un 19.7%, lo que impacta aproximadamente 14.7 millones de niños y adolescentes. Esta problemática es más pronunciada en el grupo etario de 10 a 15 años, donde la prevalencia se eleva al 22.2% (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, 2022).

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS), la obesidad infantil afecta al 33.6% de los niños mayores de 5 años (OPS, 2022).

A nivel nacional, Perú se sitúa en el octavo lugar en cuanto a la prevalencia de obesidad a nivel mundial, junto a países como Chile y México, según la OMS (2019).

Además, Perú ocupa el tercer puesto en obesidad infantil en Latinoamérica, con una tasa del 8.6% en niños menores de 5 años y del 38.4% en niños y adolescentes entre 6 y 13 años (Ribas, 2023).

En ciertas regiones de nuestro país, la proporción de niños adolescentes obesos ha crecido del 3% al 19% en los últimos 30 años, siendo Tacna, Moquegua y Lima Metropolitana las áreas con mayor incidencia (Torres-Román, et al, 2020).

La obesidad infantil tiende a ser más prevalente en los países industrializados, donde representa un serio riesgo para la salud pública. Existen múltiples factores que contribuyen a este problema en la población infantil, incluyendo el sedentarismo, el tiempo excesivo frente a pantallas de televisión o dispositivos móviles, una baja actividad física, el consumo de porciones grandes, la ingesta de comida chatarra, así como factores ambientales y genéticos, como la resistencia a la insulina o la leptina. La obesidad tiene repercusiones preocupantes para la salud del niño, aumentando la probabilidad de desarrollar síndrome metabólico, resistencia a la insulina y problemas cardiovasculares, puede estar asociada con diversas comorbilidades metabólicas, cardiovasculares, ortopédicas, neurológicas, hepáticas y renales (Clínica Universidad de Narra, 2020).

En la provincia de Lima, en el Hospital de Chancay, se observó una tasa de prevalencia de obesidad del 5.6%, siendo más común en varones (Acevedo).

Durante mi internado médico, al rotar por los distintos servicios, observé que muchos pacientes en el área de pediatría presentaban un índice de masa corporal elevado, lo que, desde mi perspectiva, se convierte en un problema a nivel comunitario.

Reconociendo que la obesidad infantil es una grave preocupación para el futuro y que impacta en la salud en la adultez, me sentí motivado a realizar esta investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores postnatales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?
2. ¿Cuáles son los factores alimentarios asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?
3. ¿Cuáles son los factores ambientales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

¿Determinar los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?

Objetivo específico

1. Determinar los factores postnatales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.
2. Determinar los factores alimentarios asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

3. Determinar los factores ambientales asociados a obesidad de niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

1.4 Justificación de la investigación

La obesidad en la infancia se presenta como un problema de salud vinculado a diversas enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y el hipercolesterolemia. Además, puede afectar negativamente la autoestima.

Según Unicef 2020, la obesidad infantil representa una situación alarmante que afecta a niños de 6 a 9 años con sobrepeso, con una prevalencia estimada del 23.3%.

Unicef también señala que cuatro de cada diez niños presentan exceso de peso.

(Campomanes B. y Villanueva G. 2021)

El 4.2% de los estudiantes presentó obesidad severa, siendo más frecuente en niñas que en niños. Actualmente, la obesidad es vista como una epidemia mundial con graves repercusiones para la salud y en las últimas cuatro décadas, la tasa de sobrepeso y obesidad en la población infantil se ha triplicado (Raimann, 2021).

Los niños con obesidad tienen una alta probabilidad de mantener esta condición en la edad adulta. Diversos estudios han encontrado una relación consistente entre el rápido aumento de peso durante los primeros dos años de vida y el desarrollo de obesidad tanto en la infancia como en la adultez. En general, los niños que aumentan al menos un percentil entre el nacimiento y el segundo año de vida tienen un riesgo dos a tres veces mayor de sufrir sobrepeso u obesidad. Además, los menores de 13 años con un IMC igual o superior al percentil 95% tienen más del 50% de probabilidades de llegar a ser adultos con obesidad (Gaceta Médica, 2023).

La obesidad infantil no solo impacta la salud de manera inmediata, sino que también eleva el riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta. Investigar y tratar este

problema es fundamental para reducir los efectos a largo plazo, contribuyendo así a mejorar la salud y bienestar de los niños que acuden al Hospital de Chancay.

1.5 Delimitaciones del estudio

1.5.1 Delimitación temporal

Esta investigación se desarrolló entre los meses de enero a diciembre del 2022.

1.5.2 Delimitación espacial

Esta investigación fue realizada en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay ubicado en la Provincia de Huaral, Gobierno Regional de Lima.

1.5.3 Delimitación social

Esta investigación se realizó en los pacientes de 3 a 14 años diagnosticados de obesidad en el Hospital de Chancay.

1.6 Viabilidad del estudio

El presente trabajo de investigación es viable porque tiene facilidad de acceso para recaudar información que se utilizó como fuente de apoyo para la investigación.

2 Capítulo II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Camposverde (2019) en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 12 años de las escuelas rurales de la parroquia Sinincay, abril 2018 – enero 2019”. Universidad católica, Colombia. El objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 6 – 12 años de las escuelas rurales de la parroquia Sinincay, Cuenca – Ecuador, abril 2017 – enero 2018. La metodología del estudio fue de tipo descriptivo y analítico, con un diseño transversal que incluyó a 230 niños de enero 6 y 12 años de las escuelas rurales de la parroquia Sinincay. **Conclusión:** *En resumen, la macrosomia se asocia con un 39% de casos de obesidad infantil en niños de 6 a 12 años en Sinincay. La prevalencia de sobrepeso y obesidad registro en un 28.4%, siendo más común en niños de 7 a 8 años. Se determinó que el sedentarismo es el principal factor de riesgo, destacando que el uso de dispositivos electrónicos representa el primer factor relacionado con la obesidad infantil, con un 13%. Por otro lado, se observó que los hábitos alimenticios saludables actúan como un factor protector. La lactancia mixta se relacionó con un 29%, mientras que la lactancia artificial tuvo un 22% lo que es relevante para el diagnóstico de obesidad.*

González y Salvatierra (2019) en su tesis titulada “Factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en niños escolares entre los 8 y 12 años en el periodo lectivo 2019”. Universidad de Guayaquil, Ecuador. El objetivo fue determinar los principales factores de riesgo en el incremento de sobrepeso y obesidad en niños escolares entre los 8 y 12 años de edad, mediante una investigación de campo en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscal Dolores Cacungo, Guayaquil en el año lectivo 2018-2019. La metodología del estudio fue

cuantitativa, con un diseño no experimental y una muestra de 200 niños que cumplían con los criterios de inclusión. En **conclusión:** *Se observó un predominio de factores postnatales, representando un 40% en comparación con otros factores analizados, lo que resalta la importancia de la lactancia como base fundamental de la alimentación en los primeros meses de vida. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en la población masculina, alcanzando un 58% frente al 42% en la femenina. Además, se identificaron factores de riesgo como la falta de actividad física y el consumo excesivo de bebidas azucaradas, cuyos resultados son consistentes con estudios previos realizados en América Latina y en países en desarrollo. Asimismo, el 88% de los pacientes consumieron alimentos altos en carbohidratos, mientras que solo el 12% incluyó vegetales en su dieta. La falta de educación se destacó como un factor significativo en la obesidad afectando al 20% de la población estudiada”.*

Lugo (2021) en su tesis titulada “Prevalencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad que acuden al servicio de pediatría del hospital regional de coronel Oviedo, 2021” Universidad Nacional de Caaguazú, Paraguay. El objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad que acuden con madres relativamente adolescentes de 16 a 19 años al servicio de pediatría del Hospital Regional de coronel Oviedo durante el año 2021. La metodología de estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal, el tamaño de la muestra fue de 163 pacientes y la edad promedio fue de 3 a 6 años”. En **conclusión:** *El promedio de peso y altura fue de 34.625g y 132.5cm respectivamente. El índice de masa corporal más común fue superior a +2DE, lo que indica obesidad, seguido por un IMC entre +1DE y + 2DE, que corresponde a sobrepeso. En cuanto a la distribución por género, el 60% de los casos correspondió a varones y el 40% a mujeres y los recién nacidos con un peso adecuado tuvo un 67%, un mayor porcentaje de sedentarismo alto se asocia a factores de obesidad con un 70%, la*

edad de la madre en muchos casos de adolescentes influyó como factor de riesgo de obesidad infantil en 12%, el factor con predominio fue el postnatal por encima de los factores alimenticios ya ambientales.

Isea (2022) en su tesis titulada “Caracterización de los factores de riesgo asociados a síndrome metabólico en los niños con sobrepeso y obesidad atendidos en el hospital Simón Bolívar durante los años 2019 a 2020”. Universidad colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá. El objetivo fue caracterizar los factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en niños atendidos en consultorio en el Hospital Simón Bolívar en Bogotá entre los años 2018 a 2020. La metodología del estudio fue descriptiva y retrospectiva, utilizando como muestra a pacientes pediátricos de 5 a 16 años diagnosticados con sobrepeso y obesidad, atendidos en el Hospital Simón Bolívar entre 2018 y 2020. En **conclusión**: *se encontró el sexo predominante entre los obesos fue el masculino, con 60% frente al 40% del femenino. Los principales factores de riesgo identificados fueron la macrosomía que representó un 40% junto con los antecedentes familiares de obesidad y un bajo nivel de actividad física, los cuales se asociaron con la obesidad en un 87%. Además, se observó que el nivel socioeconómico muy bajo fue el más común en el estudio, alcanzando un 65% en comparación con los niveles alto e intermedio, que sumaron un 35%.*

Toala (2021) en su tesis titulada “Calidad de vida y factores de riesgo de la obesidad de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue Santa Elena 2021”. Universidad estatal península santa Elena, Ecuador. El objetivo fue determinar factores de riesgo en la obesidad como genéticos, endocrinos. La metodología fue descriptiva, la muestra fue de 50 niños que represento el 32.6% de población total. **Conclusión**: *la calidad de vida tiene un impacto significativo en la calidad de vida d los estudiantes, por lo que se implementan programas enfocados en mejor la salud a través de una alimentación saludable y la*

práctica de deportes. Además, se observó que un 56% de los participantes procedían de áreas rurales, mientras que el 44% provenía de zonas urbanas.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Herbozo y Palomares (2019) en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la obesidad de niños atendidos en el consultorio de nutrición en el Hospital Regional de Huacho”. Universidad nacional José Faustino Sánchez Carrión, Perú. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la obesidad en niños atendidos en el consultorio de nutrición del Hospital Regional Huacho, la metodología empleada en este estudio fue de tipo descriptiva, explicativa, con un diseño transversal y un enfoque retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 130 niños y niñas que recibieron atención en el consultorio nutricional durante el año 2015. Conclusion: *se encontró una fuerte asociación inversa entre los indicadores nutricionales de peso y talla según la edad (0.850), así como talla/edad y peso/talla (0.782). el sexo predominante en la muestra fue el masculino representado en un 67%. Los factores de riesgo más comunes incluidos en el estudio fueron socioeconómicos, alcanzando un 50% (particularmente en familias de bajos recursos con trabajos independientes), genéricos común 16% con mayor predominio en varones, y hábitos alimentarios que mostraron un bajo consumo de verduras (14%), un 54% de ingesta de golosinas y un 50% de bebidas embotelladas. Además, el 89% de los pacientes no hizo uso de medicamentos y no se registró el uso de corticoides y otros fármacos.*

Quispe (2020) en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a obesidad en escolares de primaria en la Institución Educativa Privada Bertolt Brecht, Ayacucho, 2019”. Universidad Alas Peruanas, Ayacucho. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la obesidad en escolares de primaria de la institución educativa privada “Bertolt Brecht”. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, con un nivel relacional y un diseño transversal, abarcando una muestra intencional de 92 escolares entre

9 a 11 años, seleccionados de una población total de 245. **Conclusión:** *se identificaron factores de riesgo relacionados con la obesidad escolar, siendo el sexo masculino 28% y la baja actividad física 34% los más significativos. La cantidad de factores de riesgo se relaciona de manera directa y significativa con la obesidad; los escolares que representaron de 3 a 4 factores de riesgo simultáneamente tuvieron 12 veces más probabilidad de desarrollar obesidad en comparación con aquellos que solo tenían 1 o 2 factores (OR=12; IC95%=3.64;39.59). además, se observó que el 70% de los pacientes con bajo conocimiento sobre hábitos alimentarios se asociaban con factores de obesidad, mientras que aquellos con un alto nivel de conocimiento representaban el 30%.*

Trigos (2022) en su tesis titulada “Factores asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 5 años: Análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar”. El objetivo fue determinar los factores asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 5 años a nivel nacional según la ENDES durante el año 2020. La metodología empleada fue un estudio transversal, observacional, retrospectivo y analítico, basado en el análisis de datos secundarios. La muestra estuvo compuesta por 2012 niños entre 2 y 5 años.

Conclusion: *se encontró que los factores asociados con una mayor probabilidad de sobrepeso en los preescolares incluían un peso al nacer igual o superior a 4000g (8.6), residir en áreas urbanas (77%) y un nivel educativo de la madre inferior al secundario (36%) o primario (13%). Además, se observó que el diagnóstico nutricional en niños menores de un año se reportó en 68 casos y los factores que reportaron una mayor probabilidad de obesidad fueron el peso al nacer igual o superior a 4000g y la residencia en áreas urbanas.*

Abusabal (2023) en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños y niñas”. Universidad Científica del Sur, Lima. El objetivo fue determinar la prevalencia y analizar los factores asociados al sobrepeso y obesidad en

niños y niñas menores de 5 años según la ENDES 2019. La metodología utilizada consistió en un análisis transversal de datos secundarios. La encuesta nacional de Demografía y Salud (ENDES) de 2019 incluyó un total de 36 720 hogares, donde se realizaron entrevista a mujeres entre 15 y 49 años. **Conclusion:** *se encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años fue del 6.31%. se identificaron varios factores predisponentes, siendo la postnatales los más significativos con un 43%, seguidos por los factores alimentarios (37%) y ambientales (20%). Asimismo, se observó que el 53% de los niños tenían un peso elevado, mientras que el 47% presentaba un peso normal. Los factores más relacionados con la presencia de sobrepeso y obesidad en niños incluyeron características sociodemográficas (como el área de residencia y índice de riqueza), prácticas de lactancia y alimentación (como la duración de la lactancia materna y la práctica de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses) y características del niño (edad y peso al nacer), destacando que el 56% provenía de áreas urbanas y el 44% de áreas rurales.*

*Huamani (2022) en su tesis titulada “Factores asociados sobrepeso y obesidad en niños de 5 años”. Universidad Ricardo Palma. El objetivo es determinar los factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años. La metodología empleada fue de carácter cuantitativo, utilizando métodos estadísticos para analizar los factores asociados que incluyen el sexo del niño, el índice de masa corporal de la madre, el nivel socioeconómico y el lugar de residencia. **Conclusión:** *el estudio reveló una alta prevalencia general de sobrepeso y obesidad del 10.8%. Además, se observó que la lactancia materna mixta tuvo un predominio del 31%.**

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Factores de riesgo asociados a obesidad

Batista et a (2022) menciona que:

La obesidad se relaciona con un desbalance entre la ingesta y el gasto energético, influenciado por factores como la herencia, el consumo excesivo de alimentos y la reducción de la actividad física. En raras ocasiones, puede ser causada únicamente por factores genéticos, endocrinos y hipotalámicos.

Lugo (2021) menciona que:

El aumento de la obesidad y el sobrepeso en niños en naciones de desarrollo se debe a diversas causas biológicas, sociales y conductuales, destacando la mala calidad de la alimentación y la falta de actividad física como factores cruciales. La transición nutricional es uno de los aspectos que ayuda a entender este fenómeno, siendo un proceso general que actualmente impacta significativamente a los países en desarrollo. Este proceso se define por el remplazo de las dietas tradicionales por otras que incluyen un mayor consumo de azúcares, grasas saturadas y alimentos procesados, los cuales son característicos de un estilo de vida más occidentalizados.

2.2.1.1 Factores postnatales

Delgado, Saavedra y Miranda (2021) mencionan que:

En el corte postnatal, se inicia la discusión sobre los antecedentes nutricionales de los niños que padecen obesidad, subrayando que la lactancia materna es considerada un importante factor protector contra la obesidad infantil. Los niños que reciben lactancia materna presentan una curva de crecimiento más gradual en comparación con aquellos que son alimentados con fórmulas.

2.2.1.1.1 Peso al nacer

Oras (2020) menciona que “Se ha establecido una conexión entre la obesidad infantil y la obesidad en la adultez con la macrosomía en recién nacidos, definida como un peso al nacer superior a 4kg (nivel II-3 y III)”.

2.2.1.1.2 Lactancia materna en los primeros 6 meses

Oras (2020) refiere que: la lactancia materna se considera la mejor manera de proporcionar nutrientes a los recién nacidos, ya que contiene elementos que ayudan a prevenir la obesidad con un odds ratio ajustado de 0.78 y un intervalo de confianza del 95% (0.71 – 0.85). la composición de la leche materna incluye un mayor porcentaje de grasa y un menor de proteínas, lo que favorece un incremento de peso más controlado en el primer año de vida. Además, promueve el aprendizaje del mecanismo de autorregulación de la sociedad, ejerce un efecto saciante más significativo y regula diversos factores neuro – hormonales relacionados con el apetito, como la grelina, la leptina, las adipocinas y el IGF – 1.

Lizardo y Diaz (2021) mencionan que

El comienzo y la duración de la lactancia materna pueden afectar el riesgo de desarrollar obesidad en la edad adulta. Un estudio llevado a cabo en 2009 analizó como el tiempo de lactancia influye en la probabilidad de enfrentar obesidad más adelante y descubrió que cada mes adicional de lactancia disminuye el riesgo de obesidad en un 4%.

Factores alimentarios

2.2.1.2 Factores alimentarios

Herbozo y palomares (2019) refiere que

El tiempo de lactancia materna y la introducción de alimentos sólidos a ciertas edades protegen contra una mayor acumulación de grasa en los niños. Los patrones alimentarios como la succión impulsiva, aumento del tiempo y la frecuencia entre comidas están estrechamente relacionados con mayores niveles de adiposidad a los 6 años.

La alimentación artificial se asocia más con la obesidad infantil en comparación con la lactancia materna, debido a la falta de variaciones en los componentes físico-químicos de la leche en el biberón, el contenido de azúcar que fomenta el consumo excesivo y la introducción prematura de alimentos semisólidos. Además, estos alimentos son procesados rápidamente y carecen del componente afectivo presente en la lactancia natural.

Por otro lado, según Hernández (2020) indica que

Los hábitos alimenticios están vinculados a la creencias y costumbres alimentarias de una comunidad, así como a la accesibilidad y disponibilidad de los alimentos. Los niños, debido a los constantes cambios que experimentan, son particularmente vulnerables a desarrollar hábitos no saludables. Factores como las largas jornadas de estudio, la variabilidad en los horarios escolares y la situación económica juegan un papel clave en la adopción de hábitos alimentarios inadecuados.

2.2.1.3 Cambios en el peso corporal

Quispe (2020) menciona que se lleva un registro del historial de vacaciones en el peso corporal a lo largo del tiempo, lo que puede ofrecer información sobre la efectividad de intervenciones previas y las modificaciones en el riesgo de obesidad.

2.2.1.4 Historial de enfermedades relacionadas con obesidad

Sanche (2022) refiere que

Los registros son fundamentales para el diagnóstico, control y la prevención de problemas nutricionales. Contar con un sistema de historias clínicas facilita el seguimiento del crecimiento y desarrollo, permitiendo identificar áreas de obesidad y desnutrición.

2.2.1.5 Factores ambientales

Castillo (2021) menciona que

Las condiciones económicas y físicas influyen en las decisiones sobre la elección de alimentos y bebidas, afectando el estado nutricional de los niños. Diversos estudios han investigado el impacto del entorno alimentario en la obesidad infantil. Entre sus conclusiones, encontraron una relación entre la disponibilidad de alimentos saludables y una dieta no eficiente. Además, la pobreza y el bajo nivel educativo de la madre son aquellos factores que contribuyen a la obesidad en los niños.

2.3 Historial de medicamentos

Salud y fármaco (2019) refiere que

Cierto medicamento puede afectar el peso corporal. Los pacientes que utilizan antihistamínicos comunes para las alergias, como la Ciproheptadina y la difenhidramina, han mostrado una correlación con el aumento de peso. Asimismo, el uso de esteroides para tratar enfermedades inflamatorias, como los corticoesteroides orales y la hidrocortisona, también están relacionados con este efecto. Llevar un registro de medicamentos que los pacientes han consumido y que están consumiendo pueden ser crucial para identificar los factores de riesgo con la obesidad.

2.3.1.1 Hogar

Acevedo (2020) menciona que

Dado que es el entorno en que los niños pasan la mayor parte de su tiempo, las interacciones familiares tienen un impacto significativo en sus preferencias alimenticias, los horarios de las comidas, las porciones y el nivel de actividad física.

Wachs (2020) menciona que

Los niños aprenden a seleccionar alimentos en el hogar, por lo que la formación de la dieta está fuertemente influenciada por la actitud de la madre hacia la alimentación.

2.3.1.2 Escuela

Acevedo (2020) menciona que

La disponibilidad de alimentos no saludables en los quioscos y la influencia de grupos sociales en la preferencia, la comida rápida y bebidas azucaradas. El entorno escolar también afecta el desarrollo de hábitos alimentarios, especialmente debido a la variedad de alimentos disponibles lo que impacta las decisiones que toman los niños sobre sus elecciones y consumos. Sin embargo, los hábitos alimenticios que los niños muestran están moldeados en la educación y las decisiones de los padres incluyendo el dinero que tienen y las recomendaciones que reciben para adquirir alimentos.

2.4 Bases filosóficas

2.4.1 Factores de riesgo asociado a obesidad

Los factores de riesgo vinculados a obesidad son cruciales para un adecuado desarrollo desde la vida prenatal hasta la infancia, hacia como la aparición de otras enfermedades crónicas durante la etapa escolar (Ferrer, 2020).

Los derechos del niño proporcionan un fundamento para abordar la responsabilidad de la sociedad y de los padres asegurar un entorno propicio para el crecimiento y desarrollo de los niños lo que incluye la prevención e la obesidad. Además, es posible examinar la consideración ética relacionada con la táctica de marketing de alimento dirigidos a los niños, (UNICEF, 2020)

Al analizar las intervenciones del gobierno, surge el dilema ético de encontrar un equilibrio de las protecciones de bienestar infantil y el respeto por la autonomía familiar. La justicia intergeneracional también juega un papel importante, ya que se trata de como las decisiones que tomamos hoy afectan la salud de las futuras generaciones y la responsabilidad de cuidar la salud de los niños. Asimismo, los filósofos de la educación podrían investigar la ética relacionada con la forma que se presenta la información sobre nutrición y salud a los niños en el contexto educativo, considerando la importancia de considerar hábitos alimentarios saludables desde una edad temprana (Raiman, 2021)

2.5 Definición de términos básicos

2.5.1 Factores de riesgo

Se refiere a la circunstancia, conducta o atributos que elevan la posibilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad o enfrente un evento negativo. En el ámbito de la salud, estos factores pueden abarcar aspectos físicos, ambientales, genéticos, conductuales o sociales que incrementan el riesgo de padecer ciertas condiciones o enfermedades (Bautista, 2022)

2.5.2 Obesidad

Es una condición que se define por la acumulación excesiva de grasa corporal, lo cual puede tener consecuencias negativas para la salud. Normalmente se evalúa utilizando el índice de masa corporal (IMC), y se considera que una persona es obesa cuando su IMC es de 30 o más. La obesidad puede incrementar el riesgo de desarrollar diversas enfermedades y problema de salud (Delgado, 2021)

2.5.3 Definiciones nutricionales

La obesidad infantil representa un factor de riesgo significativo para varias deficiencias nutricionales incluyendo la falta de hierro, vitaminas A, C, E, así como del complejo B, y deficiencia de zinc y cobre (Calcaterra, et al, 2023)

2.5.4 Disminución en el gasto energético

Se refiere a la disminución de la energía que el cuerpo emplea en sus funciones cotidianas en la actividad física. Esta situación puede ser causada por varios factores, incluyendo la falta de actividad, una reducción del metabolismo o alteraciones en el estilo de vida, lo cual puede llevar al aumento de peso o a dificultades para conservar un peso saludable (Parra, 2021)

2.5.5 Alimentación en el hogar

Se refiere al conjunto de acciones vinculadas a la elección, preparación y consumo de alimentos que se realizan en el hogar. Esta abarca decisiones sobre la adquisición de alimentos, la organización de menús y la cocina, con el propósito de cubrir las necesidades nutricionales y fomentar la salud de todos los integrantes de la familia (Parra,2021)

2.5.6 Alimentación en la escuela

Son enfoques educativos actividades de aprendizaje que apoyados por un entorno alimentario saludable facilitan a los estudiantes la mejora de sus hábitos alimenticios y decisiones sobre la comida, además de fomentar su habilidad para adaptarse a los cambios y convertirse en promotores de transformación (ONU, 2024).

2.5.7 Alimentación de la comunidad

Las costumbres alimenticias colectivas y los programas que intentan facilitar el acceso a alimentos nutritivos, incentivar una nutrición adecuada y cultivar hábitos alimentarios saludables entre un mayor número de individuos en una comunidad determinada (Jebeile, at al, 2022)

2.5.8 Ingesta calórica

Se refiere al total de calorías que una persona ingiere a través de alimentos y bebida en un periodo específico, usualmente en un día. Este es un indicador fundamental para analizar el balance energético y puede afectar tanto el peso corporal como la salud en general (Mirando, 2021)

2.6 Hipótesis de investigación

2.6.1 Hipótesis general

Existen factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría en el Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

2.6.2 Hipótesis específica

1. Existen factores postnatales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.
2. Existen factores alimentarios asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022
3. Existen factores ambientales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022

3 CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

La investigación es de tipo básico, centrada en explorar ideas y conceptos sin un objetivo específico. Es retrospectiva, ya que la información recolectada proviene de las historias clínicas que documentan eventos pasados. Además, es de corte transversal, ya que los datos que se obtienen en un único momento (Herrera y Yshikawa, 2021)

3.1.2 Nivel de investigación

Esta investigación es descriptiva porque se registraron observaciones del estudio en un determinado lapso temporal (Meneses y Rodríguez, 2021)

3.1.3 Diseño

Esta investigación es no experimental puesto que no se manipularon variable ya que se observó los factores que predisponen a la obesidad infantil (Hernández, Fernández y Bautista, 2020)

3.1.4 Enfoque

Es un estudio cuantitativo porque sigue un orden de ideas, iniciando con una proposición seguida por la formulación del problema, la revisión de la literatura y la medición de la variable (Herrera y Yshikawa, 2021)

3.1.5 Método de investigación

Método científico

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por 74 pacientes del consultorio pediátrico del hospital de chancay durante el mes de enero a diciembre 2022. Periodo en el que se realizó la recogida de datos.

3.2.2 Muestra

La muestra está formada por el 100% de la población

3.2.2.1 Criterio de inclusión

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de obesidad infantil
- Pacientes comprendidos entre a la edad de 3 a 14 años.
- Historias clínicas con información completa

3.2.2.2 Criterio de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de obesidad de origen genético
- Pacientes menores de 3 años y mayores de 14 años
- Historias clínicas con información incompleta

3.2.3 Técnica de recolección de datos

Se emplearon la observación y la encuesta como técnica utilizando una ficha de observación y un cuestionario como instrumento. La ficha de información del historial clínico incluye un encabezado y 4 secciones principales: datos del paciente, información sociodemográfica, datos postnatales y hábitos del paciente.

El cuestionario está destinado a los padres de niños obesos y consta de 11 preguntas de respuesta dicotómicas, organizadas en dos secciones: una que aborda el conocimiento sobre el consumo de alimento y otra que centra en el sedentarismo

3.3 Técnicas para el procesamiento de la información

Se llevo a cabo un análisis descriptivo con los datos recopilados, que incluyó la codificación de la información, su organización y tabulación utilizando Microsoft Excel 2021 para la codificación inicial. Posteriormente, se utiliza IBM SPSS STATISTISC v29 para realizar el análisis descriptivo.

4 CAPÍTULO IV RESULTADOS

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

Factores		Obesidad grado 1	Obesidad grado 2	Obesidad grado 3	Subtotal		Total
					N	%	
Factores postnatales	Macrosomía	29	2	1	32	43%	39%
	Lactancia artificial	9	3	2	14	19%	
	Lactancia mixta	24	0	0	24	32%	
	Obesidad a los 6 meses edad	0	0	0	0	0%	
	Obesidad al año de edad	3	0	1	4	6%	
	Subtotal	65	5	4	74	100%	
Factores alimentarios	Estimulantes de apetito	6	0	0	6	8%	33%
	Ingesta de comida chatarra	19	3	2	24	32%	
	No consumo de frutas y vegetales	17	1	1	19	26%	
	Sedentarismo	23	1	1	25	34%	
	Subtotal	65	5	4	74	100%	
Factores ambientales	Residencia urbana	16	1	1	18	24%	28%
	Pobreza	21	2	3	26	35%	
	Bajo nivel educativo de la madre	7	1	0	8	11%	
	Madre adolescente	11	0	0	11	15%	
	Uso de dispositivos electrónicos continuo	10	1	0	11	15%	
	Subtotal	65	5	4	74	100%	
TOTAL							100%

Nota: resultados obtenidos de los cuestionarios y se encuesta aplicados a los padres de los niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022

Se identificaron 74 pacientes diagnosticados con obesidad infantil, de estos, 68 casos (92%) correspondieron a obesidad de grado 1, 3 casos (4%) a obesidad de grado 2 y otros 3 casos (4%) a obesidad de grado 3.

Los factores de riesgo postnatales mostraron una relación as alta con la obesidad infantil, alcanzando un 39% seguidos por los factores alimentarios con un 33% y los factores ambientales con un 28%. Tanto los factores postnatales, alimentarios y ambientales se observaron en proporciones significativamente mayor en los casos de obesidad de grado 1, destacando que el número de casos de obesidad de grado 1 fue convenientemente superior en nuestra muestra.

En los casos de obesidad grado 2, los factores más asociados fueron la lactancia artificial (3 casos), el consumo de comida chatarra (3 casos), la pobreza (2 casos) y la macrosomia (2 casos). En cuanto a la obesidad grado 3, los factores más significativos fueron la pobreza (3 casos), la ingesta de comida chatarra (2 casos) y la lactancia materna (2 casos). Dado que la obesidad de grado dos y grado tres se presentó con mayor frecuencia en nuestra muestra, los factores de riesgo estuvieron relacionados con una menor intensidad.

El factor de riesgo más significativo para la obesidad infantil fue la macrosomia, representando un 43% seguido de la pobreza (35%), el sedentarismo (34%), la lactancia mixta (32%), el consumo de comida chatarra (32%), la escasez de fruta en la dieta (26%) y la vida en áreas urbanas (24%). Por otro lado, los factores de riesgo menos relevantes incluyeron el bajo nivel educativo de la madre (11%), el uso de estimulante del apetito (8%), la obesidad a los 12 meses (6%) y la obesidad a los 6 meses (0%).

Tabla 2. Factores postnatales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años

atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

Nota: resultados obtenidos de los cuestionarios y se encuesta aplicados a los padres de los niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022

Factores postnatales	Obesidad grado 1	Obesidad grado 2	Obesidad grado 3	TOTAL	
				N	%
Macrosomía	29	2	1	32	43%
Lactancia artificial	9	3	2	14	19%
Lactancia mixta	24	0	0	24	32%
Obesidad a los 6 meses edad	0	0	0	0	0%
Obesidad al año de edad	3	0	1	4	6%
TOTAL	65	5	4	74	100%

En lo que respecta a los principales factores postnatales, la macrosomía se destacó en nuestra investigación con un 43%, seguida con la lactancia mixta que alcanzó un 33%, otros factores de riesgo observados en nuestro estudio incluyeron la lactancia artificial con 19%, la obesidad a los 12 meses 6% y a los 6 meses 0%.

En nuestra investigación, la macrosomía se identificó como uno de los principales factores postnatales en la obesidad grado 1. En contraste, para la obesidad grado 2 y grado 3, el factor de riesgo más significativo fue la lactancia artificial. Nos e registraron casos de obesidad a los seis meses como factores de riesgo, y la obesidad a los 12 meses fue notablemente baja, representando el 6% de la muestra.

Tabla 3. Factores alimentarios asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consumo de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

Factores alimentarios	Obesidad grado 1	Obesidad grado 2	Obesidad grado 3	TOTAL	
				N	%
Estimulantes de apetito	6	0	0	6	8%
Ingesta de comida chatarra	19	3	2	24	32%
No consumo de frutas y vegetales	17	1	1	19	26%
Sedentarismo	23	1	1	25	34%
TOTAL	65	5	4	74	100%

Nota: resultados obtenidos de los cuestionarios y se encuesta aplicados a los padres de los niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022

En relación con los factores alimentarios, el sedentarismo destacó como el principal factor de riesgo de nuestro estudio, representando el 34%, seguido por el consumo de comida chatarra con un 32% y la escasa ingesta de frutas y verduras con un 26%. El factor alimentario de menor relevancia fue el uso de estimulantes de apetito con un 8%, siendo uno de ellos menos asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años según nuestros hallazgos. El sedentarismo fue uno de los principales factores alimentarios en la obesidad de grado 1, mientras que el consumo de comida chatarra destacó como el factor de riesgo más importante en los casos de obesidad grado 2 y grado 3. Nos registraron casos en los que el uso de estimulantes del apetito estuviera asociado con la obesidad grado 2 o mórbida. En cambio, la falta de consumo de frutas y verduras (2 casos), el sedentarismo (2 casos) y la ingesta de comida chatarra (5 casos) estuvieron vinculados a la obesidad de grado 2 y mórbida. Además, los factores alimentarios se relacionaron principalmente con la obesidad grado 1.

Tabla 4. Factores ambientales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consumo de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.

Nota:

Factores ambientales	Obesidad grado 1	Obesidad grado 2	Obesidad grado 3	TOTAL	
				N	%
Residencia urbana	16	1	1	18	24%
Pobreza	21	2	3	26	35%
Bajo nivel educativo de la madre	7	1	0	8	11%
Madre adolescente	11	0	0	11	15%
Uso de dispositivos electrónicos continuo	10	1	0	11	15%
TOTAL	65	5	4	74	100%

resultados obtenidos de los cuestionarios y se encuesta aplicados a los padres de los niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022

En lo referente a los factores ambientales, la pobreza resulto ser el principal factor de riesgo en este estudio con un 35%, seguido por la residencia en áreas urbanas con un 24%. Los factores de riesgo que mostraron una menor asociación fueron el uso de dispositivos electrónicos (15%), la maternidad adolescente (15%) y el bajo nivel educativo de la madre (11%).

La pobreza fue uno de los principales factores ambientales relacionados con la obesidad en general, desde el primer grado 1 hasta la obesidad mórbida. El factor de riesgo madre adolescente no mostro relación con la obesidad de grado 2 ni grado 3. En los casos de obesidad mórbida, los factores de riesgo asociados a la obesidad de grado 2 incluyeron la pobreza (2 casos), la residencia urbana (1 caso), el bajo nivel educativo de la madre (1 caso) y el uso continuo de dispositivos electrónicos (1 caso). Además, los factores ambientales estuvieron predominantemente vinculados con la obesidad de grado 1.

5 CAPITULO V DISCUSIÓN

Discusión de resultados

En nuestro estudio se analizaron a 74 pacientes atendidos en el consultorio de pediatría del hospital de Chancay durante el periodo enero a diciembre 2022.

Los factores postnatales vinculados a la obesidad infantil representaron un 39% superando a los factores alimentarios con un 33% y a los factores ambientales, que constituyeron el 28%. Este hallazgo coincide con el estudio de Gonzales y Salvatierra (2019) que señaló que los factores postnatales fueron los mas influyentes, con un 40% en su población de estudio, destacando que la lactancia materna es fundamental en la alimentación durante los primeros meses de vida.

La macrosomia se destacó como el principal factor riesgo postnatal en nuestro estudio, con un 43%. De manera similar, Campoverde (2019) concluyó que la macrosomia está asociada a la obesidad infantil en un 39% y Isea (2022) también la identificó como un factor de riesgo con un 40%. Ambos estudios coinciden en que la macrosomia es uno de los factores más relevantes en el desarrollo de la obesidad infantil.

La lactancia mixta fue el segundo factor de riesgo postnatal más relevante en nuestra investigación con un 29%. De esta manera similar, Huamani (2022) señaló que la lactancia mixta representa un factor de riesgo para la obesidad infantil en un 31%. Además, Campoverde (2019) concluyó que tanto la lactancia mixta (29%) como la artificial (22%) son factores que contribuyen a la obesidad infantil. Los estudios de Huamani y Campoverde coinciden con nuestro hallazgo al señalar que la lactancia mixta y artificial predisponen a la obesidad infantil, recomendando la lactancia materna exclusiva como la mejor protección contra este problema.

Los factores alimentarios fueron el segundo factor de riesgo más importante en nuestra investigación, representando el 33% de los casos de obesidad en niños de 3 a 14

años. De manera similar, Abusabal (2023), reportó que los factores alimentarios constituyeron el 37% de su población de estudio, siendo superados solo por los factores postnatales en frecuencia.

El sedentarismo fue el factor alimentario más común en nuestro estudio, representando el 34%. Lugo (2021) encontró que el sedentarismo era un factor de riesgo más relevante, con un 70% mientras que Campoverde (2019) identificó una menor asociación, con un 20.2%. Estas diferencias dependen del tipo de población, su idiosincrasia y estilo de vida de cada niño. En resumen, la falta de actividad física es un factor de riesgo importante vinculado a la obesidad infantil.

La ingesta de comida chatarra se identificó como uno de los principales factores de riesgo alimentario en nuestro estudio, representando el 32%. Esto es similar a lo que encontraron Herbozo y Palmares (2019) quienes señalaron que el consumo de alimentos poco saludables, como la golosinas y bebidas embotelladas, superó el 50% en los casos de obesidad infantil. Por otro lado, Lugo (2021) indicó que una dieta alta en calorías fue el segundo factor más común relacionado con la obesidad infantil. El autor menciona que la elevada disponibilidad de comida chatarra, junto con la falta de actividad física, contribuye al desarrollo de la obesidad en los niños.

La escasez en el consumo de vegetales en nuestro estudio se identificó como uno de los factores de riesgo alimentario más común, afectando al 26% de los niños obesos de 3 a 14 años. En contraste Herbozo y Palomares (2019) señalaron que solo 14% de su población tenía hábitos alimentarios caracterizados por una baja ingesta de verduras. De igual manera, Lugo (2021) reportó que la escasa ingesta de frutas y verduras se vinculó con la obesidad infantil en un 12.3%. Adoptar hábitos alimenticios saludables se ha mostrado como un factor protector contra la obesidad infantil, aunque este comportamiento esta

significativamente influenciado por las condiciones sociales y ambientales que pueden restringir el acceso y las opciones alimenticias.

En cuanto a los factores ambientales, estos tuvieron la menor prevalencia en nuestra investigación, con un 28%. Esto se alinea con el estudio de Abusabal (2023), que reportó un 20% de incidencia de factores ambientales. Abusabal señala que su población de estudio se encuentra en un contexto de alta pobreza y que incluyó a madres de 15 y 49 años, muchas de las cuales tenían un escaso conocimiento sobre una alimentación adecuada.

En nuestro estudio, la maternidad adolescente se identificó como un factor de riesgo para la obesidad infantil, representando un 15%. De manera similar, Lugo (2021) en su investigación señaló que la edad de las madres es un factor asociado a la obesidad infantil, reportando un 12% de casos entre madres adolescentes. Este autor coincide con nuestras conclusiones al señalar que las madres adolescentes constituyen un riesgo para la obesidad infantil debido a su falta de conocimiento sobre la alimentación adecuada.

En nuestra investigación, el uso de dispositivos electrónicos representó un 15%, lo cual es comparable a lo reportado por Campoverde (2019), quien encontró que el 13% de su población estudiada utiliza dispositivos electrónicos, lo que aumenta el riesgo de obesidad infantil. Estos hallazgos apoyan la asociación entre el uso de dispositivos electrónicos y el riesgo de obesidad infantil, por lo que se recomienda fomentar actividades que promuevan un estilo de vida activo.

En nuestra investigación, el bajo nivel educativo de las madres se identificó como un factor de riesgo ambiental, representando un 11%. De manera similar, Tigros (2022) señaló que su población de estudio incluía gestantes con primaria incompleta (13%) y secundaria incompleta (36%). Por otro lado, Gonzales y Salvatierra (2019) concluyeron que el escaso conocimiento de las madres en su estudio era un factor que predisponía a la

obesidad infantil, alcanzando un 20%, en resumen, Tigros, Gonzales y Salvatierra coincidieron en que la falta de conocimiento materno es un factor ambiental que puede llevar a alimentarios perjudiciales.

6 CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

- El principal factor de riesgo asociado a obesidad infantil fue el factor postnatal con un 39%.
- La macrosomía fue el factor de riesgo postnatal más importante (43%) en la obesidad infantil en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de Pediatría.
- El sedentarismo fue el factor de riesgo alimentario más importante (34%) en la obesidad infantil en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de Pediatría.
- La pobreza fue el factor de riesgo ambiental más importante (35%) en la obesidad infantil en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de Pediatría.

7 CAPITULO VII RECOMENDACIONES

- Educar a las madres sobre los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años.
- Fomentar una comprensión adecuada de los hábitos de vida saludables para prevenir los factores de riesgo tanto ambientales como alimentarios.
- Fomentar el consumo de verduras y hortalizas en el hogar, así como la promoción de una alimentación saludable en las escuelas.
- Incentivar la practica regular de actividad física en niños a través de actividades recreativas, limitando o eliminando el uso de dispositivos electrónicos, salvo para actividades académicas.
- Impedir la exposición a anuncios de alimentos procesados, comida chatarra y hábitos poco saludables, especialmente en áreas urbanas.
- Instruir a la comunidad sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva como la principal forma de alimentación para los recién nacidos.

8 Capítulo VIII REFERENCIAS

1. Abusabal, A. (2023). Prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños y niñas menores de 5 años, ENDES 2019. Tesis de pregrado. Lima – Perú. Universidad científica del sur. Recuperado de:

<https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/3049/TL-Abusabal%20A-Ext.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Acevedo, F (2020). Obesidad en pacientes de 2-14 años atendidos en el consultorio externo de Pediatría del Hospital de Chancay. Año 2019 (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrión, Huacho, Peru. Recuperado de:

<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/4036/ACEVEDO%20MENDOZA%2c%20FRIDA%20ELIZABETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

3. Batista, T., Raga, M, Rodriguez, A., Suarez, C., y Cordoví, A. (2022). Factores de riesgo asociados a la obesidad en niños y adolescentes. Poloclinico Bayamo Oeste, 2016-2017. Multimed, 22(6), 1144-1163.
4. Bazán, N. (2000). Proyecto de Investigacion de la niñez y factores de obesidad. Buneos Aires, Argentina. Revista medica., 23(3), 2323-687
5. Campomanes B., y Villanueva G. (2021). Factores que determinan la obesidad de niños en el centro de salud Ganimedes 2021. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/98346/Campomanes_ABG-Villafuerte_VGM-SD.pdf?sequence=1

6. Campoverde, K. (2019). Prevalencia y factores asociados a sobrepeso obesidad en niños de 6 a 12 años de las escuelas rurales de la parroquia Sinincay, abril

2017 – enero 2018 (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Cuenca,
Ecuador. Recuperado de:

<https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/3a1c84e2-015d-4004-97c1-7fe46b864706/content>

7. Calcaterra, V., Verduci, E., Milanta, C., Agostinelli, M, Todisco, C.F., Bona F. Zuccotti, G. (2023). Micronutrient Deficiency in Children and Adolescents with Obesity – A Narrative Review. *Children* 7, 10(4): 695. Doi: 10.3390/children10040695.

8. Castillo D, (2021) Obesidad infantil y su efecto sobre el rendimiento académico: un análisis de la cohorte niños del milenio. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de pregrado. Escuela de Medicina Humana. Recuperado de:

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2871200>

9. Delgado, J., Saavedra, M., y Miranda, N. (2021). Sobrepeso y obesidad infantil. *Revista Medica Sinergia, Costa Rica*. Vol 6,11

<https://orcid.org/0000-0003-3160-4256>

10. Ferrer, M. (2020). Factores de riesgo relacionados con el sobrepeso y la obesidad en niños de edad escolar. *Revista cubana de pediatría* 2020;92(2)e660.

Recuperado de:

<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v92n2/1561-3119-ped-92-02-e660.pdf>

11. Gaceta Medica (2023). Niños con sobrepeso tienen posibilidad de desarrollar esta condición en edad adulta. *Revista Medica Virtual*. Recuperado de:

<https://gacetamedica.com/investigacion/los-ninos-con-obesidad-tienen-cinco-veces-mas-probabilidades-de-desarrollar-esta-condicion-en-la-edad-adulta/>

12. Herbozo, P., y Palomares, E. (2019). Factores de riesgo asociados a la obesidad de niños atendidos en el consultorio de nutrición del Hospital Regional, Huacho (Tesis de postgrado). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrion, Huacho, Perú. Facultad de medicina humana. Recuperado de:

https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/5363/Herbozo%20y%20Palomares_opt.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M (2020). Metodología de la investigación. (Editores, Ed). México: McGraw Hill Education.

14. Herrera y Yshikawa (2021). Estudios observacionales. Diseño utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica internacional *Journal of Morphology*, recuperado de:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042

15. Huamani, W. (2022) Factores asociados a sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años. Universidad Ricardo Palma, Perú. Tesis de pregrado. Escuela de Medicina Humana. Recuperado de:

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5371/MED-Huamani%20Champi%2C%20William.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Ysea, Y. (2022). Caracterización de los factores de riesgo asociados a síndrome metabólico en niños con sobrepeso y obesidad atendidas en el Hospital Simón Bolívar. Durante los años 2018 a 2020 (Tesis de pregrado). Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia. Recuperado de:

<https://repositorio.unicolmayor.edu.co/bitstream/handle/unicolmayor/5712/Trabajo%20de%20Grado%20Experimental-Yessica%20Karolina%20Isea%20Cale%20%28Sindrome%20metab%20c3%20b3lico%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Jebeile, H, Kelly, A. S., O'Malley, G., Baur (2022). Obesidad en niños y adolescentes epidemiología, causas, evaluación y manejo. Lancet Diabetes Endocrinol. 10(5):351-365. Doi:10.1016/S2213-8587(22)00047-X.

18. Lizardo, A., y Diaz, A. (2021). Sobrepeso y obesidad infantil. Rev. Med. Hondur., 79(4). Recuperado de:

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-4-2011-9.pdf>

19. Lugo, K. (2021). Prevalencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en escolares que acuden al servicio de pediatría del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2021 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Caaguazú, coronel Oviedo, Paraguay. Escuela de Medicina Humana.

Recuperado de:

<https://repositorio.fcmunca.edu.py/jspui/bitstream/123456789/262/1/PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS%20A%20SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD%20EN%20ESCOLARES%20QUE%20ACUDEN%20AL%20SERVICIO%20DE%20PEDIATR%C3%8dA%20DEL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DE%20CORONEL%20OVIDEO%20c%202021..pdf>

20. Meneses Fajardo, A,B, y Rodriguez Trigoso, K, (2021). Asociación entre índice de masa corporal pregestacional, hábitos alimentarios y ganancia de peso en gestantes a partir de la decimotercera semana de gestación en un centro

materno infantil. Universidad Catolica Sedes Sapientiae. Tesis de pregrado.

Tesis de pregrado. Escuela de Medicina Humana. Recuperado de:

<https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/1011>

21. Miranda, (2021). Relacion de la ingesta calorica, macronutrientes con el estado nutricional en estudiantes de primaria del pueblo joven Nueva Alborada (Tesis pregrado). Universidad Nacional San Agustin de Arequipa. Recuperado de:

<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0798bd70-d1aa-4777-bc17-d8b96fda98da/content>

22. Oras, J. (2020). Factores asociados a la obesidad en niños atendidos en consultorio externos del Hospital Regional de Huacho, julio-diciembre del 2019 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion, Huacho, Peru. Recuperado de:

<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3920/Version%20de%20informe%20final%20Javier%20Oras%2009.03.2020%20para%20CD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Organización Mundial de salud (2020) iniciativa europea de vigilancia de la obesidad infantil (COSI). Revista científica recuperado de:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363950/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071-eng.pdf?sequence=2>

24. Organización Mundial de la Salud (2022). Obesidad infantil en la region de Europa. Revista científica. Recuperado de:

<https://www.paho.org/es/temas/prevencionobesidad#:~:text=En%20el%20grupo%20de%205,OMS%20y%20el%20Banco%20Mundial>

25. Parra, A (2021). Muestreo internacional. Característica y ejemplos QuestionPro.

Revista científica. Recuperado de:

<https://www.questionpro.com/blog/es/muestreointencional/#:~:text=El%20muestreo%20intencional%20es%20una,que%20formar%C3%A1n%20parte%20del%20estudio>

26. Quispe, Y. (2020). Factores de riesgo asociados a la obesidad en escolares de primaria de la Institución Educativa privada Bertolt Brecht. Ayacucho, 2017 (Tesis de pregrado). Universidad Alas Peruanas, Ayacucho, Perú. Tesis de pregrado. Escuela de Medicina Humana. Recuperado de:

https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/3885/Tesis_Obesidad_Escolares.pdf?sequence=1&isAllowed=y

27. Raimann TX, Verdugo MF, Actividad física en la prevención y tratamiento de Obesidad infantil. Rev Med Clin Condes. 2021. Marzo, 23(3):p. 218-225.

28. Rivas (2023). La obesidad infantil se convierte en un problema crítico en el Perú – colegio médico del Perú. Revista científica. Recuperado de:

<https://www.cmp.org.pe/la-obesidad-infantil-se-convierte-en-un-problema-critico-en-el-peru/>

29. Salud y Farmaco (2019). Medicamentos que ocasionan aumento de peso. Wors pils best, EEUU. Internacional society of drug bulletins. Recuperado de:

https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletinfarmacos/boletines/may201801/07_med/

30. Salvatierra, D. (2019). Factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en niños escolares entre los 8 y 12 años en el periodo electivo 2018-2019 (Tesis de

pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador. Tesis de pregrado. Escuela de Medicina Humana. Recuperado de:

<https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/0d8e5d3d-82fe-4e0f-9bef-5f6fec4ce969/content>

31. Sociedad de endocrinología pediátrica (2020). Diabetes infantil. Revista científica virtual. Recuperado de: <https://pedsendo.org/sig/obesity/>
32. Toala G (2021) calidad de vida y factores de obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangué, Ecuador. Universidad estatal Península Santa Elena. Recuperado de:
<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6569/1/UPSE-TEN-2021-0057.pdf>
33. Torres – roman, J. S (2020) Geographic differences in overweight and obesity prevalence in Peruvian children, 2010-2015. BMC Public Health, 18,533
34. Trigos, A (2022). Factores asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 5 años: análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5701/MED-Trigos%20Tribe%20Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Wachs, T. (2020). Multiple influences on children's nutritional deficiencies: A systems perspective. Physiology and Behavior, 26(1), 132-139.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos.

Egresado de la escuela de Medicina Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión, Guaymas Saucedo David Jonás, desarrollo una investigación cuyo objetivo es identificar los factores que se asocian a obesidad en niños de 3 a 14 años del consultorio de Pediatría. Solicitamos su colaboración a través de respuestas sinceras, de carácter anónimo y confidencial. Agradecemos su participación.

INSTRUCCIONES: Las preguntas son dirigidas a los padres de los pacientes y forman parte de una investigación acerca de los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años, los hábitos y la conducta sobre los mismos. Marcar con una (X) los números que correspondan.

Datos Generales

Nº Historia clínica:

I. Información para seleccionar el grupo de estudio

- Fecha de atención _____ Peso _____
- Talla _____
- IMC _____

II. Datos sociodemográficos del menor

- Edad _____
- Sexo (1) Femenino (2) Masculino
- Nivel económico (1) Muy bajo (2) bajo (3) Medio (4) alto
- Procedencia (1) Rural (2) Urbano

III. Información posnatal del menor

- Peso al nacer: (1) Bajo peso (2) Peso adecuado (3) macrosomía
- Lactancia materna: (1) Lactancia materna exclusiva
(2) Lactancia materna artificial
(3) Lactancia materna mixta
- Diagnostico nutricional antes de los 6 meses: (1) Desnutrición (2) Normal
(3) Sobrepeso (4) Obeso
- Diagnostico nutricional al año de edad: (1) Desnutrición (2) Normal
(3) Sobrepeso (4) Obeso

IV. Datos sobre hábitos del menor en la actualidad

- Ingesta de bebidas azucaradas dulces, golosinas (1) Si (2) No
 - Consume frutas y vegetales (1) Si (2) No
 - Realiza actividades físicas durante su vida diaria (1) Si (2) No
 - Ingiere algún tipo de medicamento (1) Corticosteroides
(2) Estimulante de apetito
(3) Ninguno
-

ANEXO 2

Instrumento de recolección de información

Egresado de la escuela de Medicina Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión, Guevara Saucedo David Jonás, desarrollo una investigación cuyo objetivo es identificar los factores que se asocian a obesidad en niños de 3 a 14 años del consultorio de Pediatría. Solicitamos su colaboración a través de respuestas sinceras, de carácter anónimo y confidencial. Agradecemos su participación

N	ITEMS	INDICE				
		1	2	3	4	5
		(1) NUNCA	(2) CASI NUNCA	(3) A VECES	(4) CASI SIEMPRE	(5) SIEMPRE
DIMENSION DE FACTOR DE CONOCIMIENTO DEL CONSUMO DE ALIMENTOS						
1	Consume dos o tres veces por semana frutas, verduras, leche, queso, yogurt.					
2	Consume dos o tres veces por semana menestras, pescado, hígado, huevo, carne de res, pollo.					
3	Consume dos o tres veces por semana pan, cereales, tubérculos, aceitunas.					
4	Consume dos o tres veces por semana postres, golosinas, hamburguesas, chizito, pollo broaster.					
5	Consume dos o tres veces por semana gaseosas, jugos saborizados, bebidas azucaradas.					
6	Consume dos o tres veces por semana caramelos, chocolates.					
DIMENSION DE SEDENTARISMO						
1	Cuántas horas al día hace actividad física (correr, saltar, caminar).					
2	Cuando tiene tiempo libre, sale a jugar o se queda en casa mirando televisión o aparatos electrónicos.					
3	Cuando está en el colegio, sale al recreo a jugar o prefiere quedarse sentado.					
4	Se cansa con facilidad cuando sale a jugar					
5	Le parece muy cansado realizar actividades físicas					

ANEXO 3

Validación del Instrumento

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL – JUECES EXPERTOS

ITEMS	NÚMERO DE JUECES					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1

Jueces:

1. Dra. Huaytalla Ada Jenny
2. Dra. Ochoa Callata Natali
3. Dr. Huarcapuma Casimiro Percy
4. Dr. Vílchez Sandoval Lección Daniel
5. Dr. Rosario Melón Marlon

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Indicador	Experto	CVI	Decisión.
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon	1	Mantener
El instrumento responde a los objetivos de estudio.	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon	1	Mantener
La estructura del instrumento es adecuada.	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon	1	Mantener
Los ítems del instrumento responden a la	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy	1	Mantener

Operacionalización de la variable.	Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon	1	Mantener
Los ítems son claros y comprensibles.	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon	1	Mantener
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	Dra. Huaytalla Ada Jenny Dra. Ochoa Callata Natali Dr. Huarcapuma Casimiro Percy Dr. Vílchez Sandoval Lecson Daniel Dr. Rosario Melón Marlon	1	Mantener

Análisis de datos y procesamiento

Se lleva a cabo el procesamiento de datos utilizando SPSS versión 29, aplicando la estadística no paramétrica del coeficiente de concordancia de W. Kendall para evaluar el nivel de concordancia entre los expertos y así determinar la confiabilidad. Se formulan las siguientes hipótesis:

Ho: Los rangos son independientes, no concuerda.

H1: Hay concordancia significativa entre los rangos.

Se rechaza la Ho cuando el valor observado excede el valor crítico $\alpha=0,005$.

N	7
Kendall's W ^a	.699
Chi-Square	9.978
df	4
Asymp. Sig.	.004

N	7
IC_Inf_95%	.005
IC_Sup_95%	1
Error %	.05

Valor $\alpha =0,004$ se rechaza la hipótesis Ho, aceptando la hipótesis H1, donde hay concordancia significativa entre los rangos.

Además, se interpreta la fuerza de la concordancia, que aumenta cuando W se acerca a 1, W de Kendall= 0,699, entonces la concordancia es fuerte (IC_Inf_95%; IC_Sup_95%; margen de error, 0.05%)

Dado los datos de concordancia podemos llegar a la conclusión sobre el nivel de confianza 95% y el margen de error 0.5% se acepta la Hipótesis.

COLEGIO ESTADÍSTICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL
.....
Melvin Michael Brazola Quichiz
LIC. ESTADISTA
COESPE 1283

ANEXO 4

Carta dirigida a la Unidad de Grados y Títulos



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Unidad de Grados y Títulos

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Huacho, 26 de marzo 2024

CARTA N°0013-2024-UGyT/FMH-UNJFSC

Dr. Mirko Molina Morote

Director del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López"

Presente. –

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y expresarle que el tesista: GUEVARA SAUCEDO DAVID JONAS con DNI 43029400, bachiller de la escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión – Huacho, desarrolla el siguiente trabajo titulado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A OBESIDAD EN NIÑOS DE 3 A 14 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE CHANCAY, ENERO A DICIEMBRE 2022"**

Por lo que solicitamos a Ud. se le concedan, facilidades para realizar la recolección de datos en el Hospital que usted dirige, consideramos que la investigación es nuestra mejor arma para mejorar la calidad de vida de las personas.

Agradeciendo la atención al presente, así como su contribución en la investigación y apoyo para exponer la realidad socio sanitaria de nuestra región, quedo de usted.

Atentamente;



UNIV. NAC. "JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
M.C. Miriam Noreña Luche
JEFA DE LA UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS



MMNL/mfga
C.c.: Archivo

Asimismo, Declaro conocer la Directiva N° 001-2020-UPyR (R.R. 0001-2020-UNJFSC) sobre Uso del Servicio de Correo electrónico Institucional y las Disposiciones dadas sobre Envío Virtual, Recepción y Trámite de Documentos, por lo que AUTORIZO se me NOTIFIQUE o remita cualquier información sobre el presente documento o expediente al correo electrónico institucional: gyt.fmedicina@unjfsc.edu.pe; comprometiéndome a revisar diariamente el contenido de las bandejas de entradas de dicho correo institucional y en el acto enviar LA CONFIRMACIÓN de RECIBIDO CONFORME.

ANEXO 5

Aceptación para ejecución de la investigación



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD



Constancia de la unidad de estadísticas e informática

Código: 0012

"Año de la Unidad, la paz y Desarrollo"

**UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
PROTOCOLO DE INVESTIGACION
CONSTANCIA DE APROBACION Y AUTORIZACION**

La unidad de apoyo a la Docencia e investigación del Hospital de Chancay y servicios básicos de salud "Dr. Hidalgo Atoche López", hace constar que el protocolo de investigación que se señala a continuación ha sido APROBADO Y AUTORIZADO.

Título del estudio:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBESIDAD EN NIÑOS DE 3 A 14 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE CHANCAY, ENERO A DICIEMBRE 2022.

Investigador:

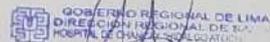
GUEVARA SAUCEDO DAVID JONAS.

Para la aprobación y autorización, se ha considerado el cumplimiento de la estructura de investigación, pautas éticas en investigación, incluyendo el balance beneficio/riesgo y confidencialidad de los datos.

Cualquier modificación en los objetivos y metodología, debe ser informada a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

El periodo de vigencia de la presente aprobación es de 12 meses: desde el 01/02/2023 hasta el 01/02/2024, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

Chancay, 01 febrero 2023



Lic. Adm. Janet Calero Mc
Jefa de la Unidad de Apoyo a la
Docencia e Investigación

ANEXO 6

Constancia de ejecución de proyecto de investigación



CONSEJO REGIONAL DE LIMA

**“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE
NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS
HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”**

Oficio N°27362-2024-GRL-DIRESA

Dr. Mirko Erasmo Molina Morote

Director ejecutivo del Hospital de Chancay y SBS hace constatar:

Mediante este presente hago constatar que proyecto de investigación titulado **“Factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.”** Elaborado por el bachiller Guevara Saucedo David Jonás aspirante al Título profesional de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de las historias clínicas del Hospital de Chancay y SBS, los cuales son validos y confiables para ser aplicativo en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Chancay 08 abril 2024


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
Dr. MIRKO ERASMO MOLINA MOROTE
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
CMP 41634 RNE 43582

Atentamente

ANEXO 7:

Cálculos de Excel

BASE DE DATOS GUAYARA - Excel

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	PACIENTES	EDAD	GRADESIDAD	GRADESIDAD	GRAD	Edad	Sexo	Procedencia	Nivel economi	Peso al nacer	Lactancia a materna	Dx <6m	Dx >6m	Medicamento	de comida	cp de fruta y vjs	de actividad	de consumo	de entarismo				
2	1				14	F	RURAL	Muy bajo	2.893	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	15	9					
3	2				7	M	RURAL	bajo	4.300	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	14	10					
4	3				8	M	RURAL	bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	ADECUADO	13	9					
5	4				13	F	RBANIZAD	muy bajo	4.300	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	ESTIMULANT	SI	NO	INADECUAD	17	9					
6	5				13	M	RURAL	bajo	3.109	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	13	11					
7	6				4	M	RURAL	Muy bajo	3.430	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	SI	INADECUAD	16	12					
8	7				12	F	RURAL	bajo	4.300	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	17	9					
9	8				3	M	RURAL	bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	NO	NO	ADECUADO	11	8					
10	9				11	M	RBANIZAD	muy bajo	3.483	Lactancia artificial	NORMAL	OBESIDAD	NO	SI	NO	INADECUAD	16	13					
11	10				7	F	RURAL	bajo	2.886	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	17	8					
12	11				4	M	RURAL	Muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	ESTIMULANT	SI	NO	ADECUADO	14	12					
13	12				13	M	RURAL	bajo	4.300	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	12	8					
14	13				6	F	RURAL	bajo	3.008	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	11	11					
15	14				5	M	RBANIZAD	muy bajo	3.450	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	11	8					
16	15				7	M	RURAL	Muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	17	12					
17	16				14	F	RURAL	bajo	4.300	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	17	12					
18	17				12	M	RURAL	bajo	2.859	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	11	10					
19	18				12	M	RURAL	muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	12	10					
20	19				10	F	RBANIZAD	Muy bajo	2.815	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	13	13					
21	20				11	F	RURAL	bajo	3.301	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	16	9					
22	21				8	M	RURAL	muy bajo	3.127	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	16	8					
23	22				11	M	RURAL	Muy bajo	3.233	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	14	13					
24	23				11	F	RURAL	bajo	3.173	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	14	9					
25	24				5	M	RBANIZAD	muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	ADECUADO	13	16					
26	25				6	M	RURAL	Muy bajo	2.827	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	14	18					
27	26				5	F	RURAL	bajo	3.311	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	ESTIMULANT	SI	NO	INADECUAD	15	16					
28	27				9	M	RURAL	Muy bajo	3.316	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	14	15					
29	28				13	M	RURAL	bajo	3.110	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	16	16					
30	29				5	F	RBANIZAD	muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	OBESIDAD	NO	SI	NO	INADECUAD	14	18					
31	30				13	M	RURAL	Muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	16	14					
32	31				6	M	RURAL	bajo	4.300	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	12	16					
33	32				7	F	RURAL	Muy bajo	3.084	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	13	18					
34	33				11	M	RURAL	bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	ESTIMULANT	SI	NO	INADECUAD	12	14					
35	34				12	M	RBANIZAD	muy bajo	3.147	Lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	20	18					
36	35				7	F	RURAL	Muy bajo	4.300	Lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUAD	23	17					

Hoja1 Hoja2 Hoja3

Lista Calcular

20°C Mayorm. nubla... 12:12 22/02/2024

ANEXO 8:

Cálculos de Excel

BASE DE DATOS GUAYMA - Excel

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda

B2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
38	37				3	M	RURAL	bajo	3.119	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	SI	ACEQUADO	21	17							
39	38				13	F	RURAL	muy bajo	3.090	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	18	18							
40	39				10	F	RBANIZAD	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	25	14							
41	40				12	M	RURAL	Muy bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	22	18							
42	41				12	M	RURAL	Muy bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	18	17							
43	42				12	F	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	18	14							
44	43				13	M	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	19	15							
45	44				13	M	RBANIZAD	muy bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	20	17							
46	45				8	F	RURAL	bajo	3.344	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	SI	INADECUADO	22	18							
47	46				7	M	RURAL	Muy bajo	2.983	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	NO	NO	INADECUADO	22	16							
48	47				10	M	RURAL	Muy bajo	3.259	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	25	16							
49	48				6	F	RURAL	bajo	3.115	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	21	22							
50	49				5	M	RBANIZAD	bajo	3.440	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	18	20							
51	50				14	M	RURAL	muy bajo	3.401	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	22	20							
52	51				12	F	RURAL	bajo	3.010	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	19	23							
53	52				5	M	RURAL	Muy bajo	3.097	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	24	19							
54	53				14	M	RURAL	Muy bajo	4.300	lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	28	23							
55	54				12	F	RBANIZAD	bajo	2.929	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	29	20							
56	55				13	M	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	28	22							
57	56				14	M	RURAL	muy bajo	3.161	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	ESTIMULANT	SI	NO	INADECUADO	26	22							
58	57				8	F	RURAL	bajo	3.257	lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	28	22							
59	58				13	F	RURAL	Muy bajo	2.960	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	26	23							
60	59				4	M	RBANIZAD	Muy bajo	2.874	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	27	19							
61	60				10	M	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	25	20							
62	61				4	F	RURAL	bajo	4.300	lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	29	25							
63	62				6	M	RURAL	muy bajo	2.893	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	ACEQUADO	24	20							
64	63				12	M	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	27	19							
65	64				11	F	RBANIZAD	Muy bajo	3.366	lactancia mixta	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	26	20							
66	65				14	M	RURAL	Muy bajo	3.090	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	26	19							
67	66				6	M	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	27	23							
68	67				14	F	RURAL	muy bajo	2.854	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	26	25							
69	68				12	M	RURAL	bajo	3.082	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	27	21							
70	69				11	M	RBANIZAD	Muy bajo	3.467	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	26	20							
71	70				12	F	RURAL	Muy bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	OBESIDAD	NO	SI	NO	INADECUADO	29	22							
72	71				4	M	RURAL	bajo	2.922	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	SI	INADECUADO	28	23							
73	72				10	M	RURAL	muy bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	24	19							
74	73				6	F	RURAL	bajo	4.300	lactancia artificial	NORMAL	NORMAL	ESTIMULANT	NO	NO	INADECUADO	25	23							
75	74				9	M	RBANIZAD	Muy bajo	4.300	LME	NORMAL	NORMAL	NO	SI	NO	INADECUADO	28	22							

Hoja1 Hoja2 Hoja3

Inicio Calculator

20°C Mayorm. nubl... 12:15 22/09/2024

ANEXO 9:

Procesamiento de datos en software SPSS Statistics

The screenshot displays the SPSS Statistics interface. The menu bar includes File, Edit, View, Data, Transform, Insert, Format, Analyze, Graphs, Utilities, Extensions, Window, and Help. The title bar reads "Output6 [Document6] - IBM SPSS Statistics Viewer". The left sidebar shows a tree view of the output, with "NPar Tests" expanded to show "Friedman Test" and "Kendall's W Test".

Warnings

The Cochran Test for i1 i2 i3 i4 is not performed because all variables are not dichotomous with the same values.

Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
i1	3.31
i2	1.31
i3	3.00
i4	2.38

Test Statistics^a

N	8
Chi-Square	12.634
df	3
Asymp. Sig.	.005

a. Friedman Test

Kendall's W Test

Ranks

	Mean Rank
i1	3.31
i2	1.31
i3	3.00
i4	2.38

Test Statistics

N	8
Kendall's W ^b	.526
Chi-Square	12.634
df	3
Asymp. Sig.	.005

a. Kendall's Coefficient of Concordance

**Anexo 11:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“Factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Método y técnicas
Problema General	Objetivos General	Hipótesis Nula				
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?	Determinar los factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.	No hay asociación significativa entre los factores de riesgo analizados y la prevalencia de obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.	Factores de riesgo	Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Nivel económico • Procedencia 	<p>Población = 74</p> <p>Muestra = 74</p> <p>Método: Científico.</p> <p>Técnicas:</p> <p>Para el acopio de Datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La observación • Encuesta • Análisis Documental y Bibliográfica.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos					
1. ¿Cuáles son los factores	1. Determinar los factores			Factores postnatales	<ul style="list-style-type: none"> • Peso al nacer • Lactancia materna • Diagnostico nutricional antes de los 6 meses 	<p>Instrumentos de recolección de datos:</p>

<p>postnatales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?</p>	<p>postnatales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.</p>	<p>Chancay durante el periodo de enero a diciembre de 2022.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostico nutricional al año de edad • Historial de medicamentos • Ingesta de comida chatarra • Consumo de frutas y vegetales • Hábitos de actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de observación. • Análisis de contenido y Fichas. • Cuestionario. • Dirigido a padres.
<p>2. ¿Cuáles son los factores alimentarios asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022?</p>	<p>2. Determinar los factores alimentarios asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay, enero a diciembre 2022.</p>	<p>Hipótesis Alternativa</p> <p>Existe una asociación significativa entre al menos uno de los factores de riesgo analizados y la prevalencia de obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de pediatría del Hospital de Chancay durante el periodo de enero a diciembre de 2022.</p>	<p>Factores alimentarios</p>		<p>Para el Procesamiento de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codificación y tabulación de datos. <p>Técnicas para el análisis e interpretación de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paquete estadístico SPSS 25.0 • Estadística descriptiva para cada variable.
<p>3. ¿Cuáles son los factores ambientales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de</p>	<p>3. Determinar los factores ambientales asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el consultorio de</p>		<p>Diagnóstico según el IMC</p>		<p>Para presentación de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadros, gráficos y figuras estadísticas. <p>Para el informe final:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Investigación: Básica

pediatría del
Hospital de
Chancay, enero a
diciembre 2022?

pediatría del
Hospital de
Chancay, enero a
diciembre 2022.

**Obesidad
en niños**

en relación
para la edad
realizada por
el médico o
profesional
durante el
año 2022

Diseño de Investigación

- Esquema propuesto por la Escuela Profesional de Medicina Humana. **UNJFSC.**
- Descriptiva

ANEXO 12:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de medición	Escala	Categorías
Factores de riesgo		Factores ambientales	Sexo	Cualitativa	Nominal	(1) Femenino (2) masculino
			Edad	Cuantitativa	Razón	En años
			Nivel económico	Cualitativa	Ordinal	(1) Muy bajo (2) Bajo (3) Medio (4) Alto
			Procedencia	Cualitativa	Nominal	(1) Rural (2) Urbano
		Factores postnatales	Peso al nacer	Cuantitativa	Ordinal	(1) $\geq 4000g$ (2) Entre 2500g a 3999g (3) $<2500g$
			Lactancia materna exclusiva	Cualitativa	Nominal	(1) LME (2) Lactancia artificial (3) Alimentación mixta
			Diagnostico nutricional antes de los 6 meses	Cualitativa	Nominal	(1) Obesidad (2) Sobrepeso (3) Peso normal (4) Desnutrición
			Diagnostico nutricional al año de edad	Cualitativa	Nominal	

		Factores alimentarios	Medicamentos que interactúan en la obesidad	Cualitativa	Nominal	(1) Estimulante de apetito (2) Corticosteroides (3) Ninguno
			Ingesta de comida chatarra	Cualitativa	Nominal	(1) Si (2) No
			Consumo de frutas y vegetales	Cualitativa	Nominal	(1) Si (2) No
			Hábitos de actividad física	Cualitativa	Nominal	(1) Adecuados (2) Inadecuados
Obesidad en niños	Patología de acumulación anormal de grasa corporal que afecta a niños y adolescentes en relación a su peso, talla y sexo.		Diagnóstico según el IMC en relación para la edad realizada por el médico o profesional durante el año 2022	Cualitativa	Nominal	(1) Si (2) No

Anexo 13

JUICIO DE EXPERTOS

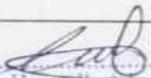
Formato de Juicio de Expertos

Estimado Juez experto (a) Mustalla Ada

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

ID	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y comprensibles	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		


Dra. Jenny Huaytalla Ada
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 30451 RNE. 23125 

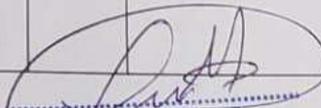
Formato de Juicio de Expertos

Estimado Juez experto (a) Huacarpuma Casimiro Percy

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

ID	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y comprensibles	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		


Huacarpuma Casimiro Percy E.
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 48131 RNE. 38801



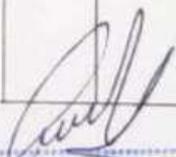
Formato de Juicio de Expertos

Estimado Juez experto (a) Vilchez SANDOVAL Lecson

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

ID	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y comprensibles	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		


Dr. Lecson D. Vilchez Sandoval
PEDIATRA
C.M.P. 71393 R.N.E. 44103 

Formato de Juicio de Expertos

Estimado Juez experto (a) Rosario Melón Marín R.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

ID	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y comprensibles	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		



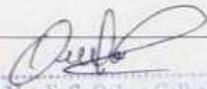
Formato de Juicio de Expertos

Estimado Juez experto (a) Dra. Cecilia Callata Natali

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

ID	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y comprensibles	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		


Dra. Natali S. Ochoa Callata
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 073706

