UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN

TESIS

“IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE OBESIDAD INFANTIL Y ESTILO DE VIDA EN MENORES DE 10 AÑOS DEL AA. HH SANTA ROSA – HUAURA-2020”

Presentado por:

Bach. CASTILLO PEÑA, ANA MARÍA
Bach. VÁSQUEZ ROQUE JORGE YOSHEMIR

ASESOR: LIC. GUERRERO ROMERO RUBÉN

PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADO(a) EN BROMATOLOGIA Y NUTRICION

HUACHO, PERU

2020

“IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE OBESIDAD INFANTIL Y ESTILO DE VIDA EN MENORES DE 10 AÑOS DEL AA. HH SANTA ROSA – HUAURA-2020”

Lic. GUERRERO ROMERO, Rubén
ASESOR

Dra. APONTE GUEVARA, Carmen Lali
PRESIDENTE(a)

M(o). RODRIGUREZ VIGIL, Eddy Gilberto
SECRETARIO

Mo. OSSO ARRIZ, Oscar Otilio
VOCAL

DEDICATORIA

Que habiendo culminado nuestro trabajo de investigación agradecemos a Dios, a nuestros padres, familiares, amigos y docentes de la facultad de Bromatología y Nutrición.

Los autores.

AGRADECIMIENTO

A Dios,

Por acompañarme en todo momento de

Mi vida, mi más sincero agradecimiento a

Mi familia y a mis docentes de la Universidad

Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

ÍNDICE

DEDICATORIA iii
AGRADECIMIENTO……..iv
ÍNDICE.....v
RESUMEN 11
ABSTRACT 13
INTRODUCCIÒN.....15
ÍNDICE DE TABLAS viii
ÍNDICE DE FIGURAS x

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11
1.1. Descripción de la realidad problemática 16
1.2. Formulación del problema 18
1.2.1. Problema general 18
1.2.2. Problemas específicos.....18
1.3. Objetivos 18
1.3.1. Objetivo general.....18
1.3.2. Objetivos específicos 18
1.4. Justificación.....18
1.5. Delimitaciones de la investigación.....19
1.5.1. Delimitación especial.....19
1.5.2. Delimitación temporal 19
1.5.3. Delimitación espacial.....19
1.6. Viabilidad del problema.....20

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO 21
2.1. Antecedentes de la investigación 21
2.1.1. A nivel Internacional 21
2.1.2. A nivel Nacional 25
2.2. Bases Teóricas.....28
2.2.1. Obesidad Infantil 28
2.2.2. Clasificación 29
2.2.3. Según la distribución de la grasa corporal 29

2.2.4. Causas de obesidad 30
2.2.5. Estilo de vida 34
2.2.5.1. Tipo de Alimentación 34
2.2.5.2. Sedentarismo 35
2.2.5.3. Actividad física 37
2.2.6. Recomendaciones de acuerdo a la edad 39
2.2.6.1. ¿Qué tipo de deporte es el más adecuado para el niño? 40
2.2.6.2. Pirámide del ejercicio físico 40
2.2.6.3. Beneficios para la salud durante la infancia 41
2.2.6.4. Hábitos alimentarios 42
2.2.7. Recomendaciones de hábitos de vida saludables para la alimentación. 43
2.2.8. Las consecuencias de la obesidad infantil 44
2.2.9. Problemas psicológicos 47
2.2.6.5. Diagnóstico 47
2.2.6.6. Prevención 48
2.3. Definición de términos 49
2.3.1. Obesidad Infantil 49
2.3.2. Índice de Masa Corporal (IMC) 49
2.3.3. Hábitos alimentarios 49
2.3.4. Sedentarismo 49
2.3.5. Actividad física 50
2.3.6. Medidas antropométricas 50
2.3.7. Peso 50
2.3.8. Talla 50
2.3.9. Niño/Niña 50
2.4. Hipótesis de la Investigación 50
2.4.1. Hipótesis general 50
2.4.2. Hipótesis específicas 50
2.5. Operacionalización de Variables 51

CAPITULO III: METODOLOGÍA 52
3.1. Diseño metodológico 52

3.1.1. Tipo 52
3.1.2. Nivel 52
3.1.3. Enfoque 53
3.2. Población y muestra 53
3.2.1. Población 53
3.2.2. Muestra 53
3.3. Técnicas para el procedimiento de la investigación 53
3.4. Técnicas para el procedimiento de la información 53

CAPITULO IV: ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS 54
4.1. Cuadro de resultados de aplicación de la encuesta. 54

CAPITULO V: DISCUSIÓN 80

CAPITULO VI: CONCLUSIONES 82

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES 83

CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFÍA 85
8.1. Fuentes bibliográficas 85

ANEXOS 88
ANEXO 01 89
ANEXO 02 91
ANEXO 03 93
ANEXO 04 94
ANEXO 05 95
ANEXO 06 96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización 51

Tabla 2. Datos antropométricos de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020. 54

Tabla 3. Edades de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020. 56

Tabla 4. Sexo de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020. 59

Tabla 5. Diagnostico nutricional por IMC de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020. 62

Tabla 6. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 65

Tabla 7. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura-2020” 66

Tabla 8. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 67

Tabla 9. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 68

Tabla 10. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 69

Tabla 11. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 70

Tabla 12. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 71

Tabla 13. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 72

Tabla 14. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 73

Tabla 15. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 74

Tabla 16. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 75

Tabla 17. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 76

Tabla 18. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 77

Tabla 19. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 78

Tabla 20. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020” 79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de edades de los niños menores de 10 años 58

Figura 2. Distribución de sexo de los niños menores de 10 años de los niños del AA.HH. Santa Rosa – Huaura – 2020. 61

Figura 3. Diagnóstico nutricional de los niños menores de 10 años de los niños del AA.HH. Santa Rosa – Huaura – 2020. 64

RESUMEN

En nuestro trabajo titulado: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. H.H, Santa Rosa – Huaura-2020”, donde nuestro problema general obedece ¿de qué manera las causas de obesidad infantil influyen en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020?, vemos que de acuerdo a nuestro problema resulta contradictoria la influencia de las causas en la obesidad así también vemos que en cuanto a sus hábitos alimentarios son de naturaleza compleja, no obstante; que su actividad física y sedentarismo tienen relación con sus hábitos alimentarios ya que la hipótesis planteada en nuestro trabajo resulta antagónica ya que de acuerdo a nuestros resultados, solamente tenemos delimitada prevalencia en consumo de alimentos ricos en proteínas teniendo los niños una actividad física normal por la naturaleza de su alimentación ya que ellos consumen alto contenido de embutidos 40 %, en lo que concierne a las harinas lo hacen un 30% pues en el consumo de cereales vemos que casi nunca lo consumen (50%) al igual que los huevos reflejándose en un 31% que refiere que a veces lo consume mientras que en el consumo de infusiones la población en estudio reemplaza a los alimentos como leche, avena por el consumo de estos (te, anís, etc.), representando un 30% más aún su consumo de verduras en deficitario por lo que no consumen potasio, magnesio entre otras vitaminas; su consumo de frutas también es parecido al del consumo de las verduras pues señalan que casi nunca consumen verduras (27%), así también es en el grupo de las carnes su consumo de pescado, pollo y res también es deficitario ya que refieren que casi nunca lo consumen; sin embargo consumen gran cantidad de gaseosas como así es de observarse en un 51% y respecto al consumo de menestras el hábito se repite es decir con consumos bajos lo cual está configurado en un 23%, en lo que concierne de alimentos de preparación a base de frituras, ricos en colesterol y triglicéridos se observa que el 31 % lo tiene como hábito, mientras que

refieren que por las noches no consumen alimentos configurándose este hábito en el 32 % de la población así también lo que llama la atención es de que su consumo de comida chatarra es alto hábito que se refleja en un 32%, es decir que sus hábitos de esta población en lo que concierne a su alimentación son negativos, como así es de observarse que también frecuentan consumir pollo a la brasa. Esta población en estudio fue constituida por 70 niños configurándose un 57 % para el sexo masculino y un 43% para el femenino entre las edades de 7 años con 47 niños 8 años 27 niños y 9 años 2 niños respectivamente de donde encontramos que el 79% de la población tiene sobrepeso frente a un 20% que se encuentra en condiciones normales, existiendo en alguna medida sobrepeso.

Palabras Claves: Obesidad, estilos de vida, colesterol, triglicéridos, sedentarismo

ABSTRACT

In our work entitled: “Identification of the causes of childhood obesity and lifestyle in children under 10 years of the aa. HH, Santa Rosa - Huaura-2020”, where our general problem obeys in what way the causes of childhood obesity influence the lifestyle of the children of the Santa Rosa-Huaura-2020 population center? We see that according to our The problem is contradictory the influence of the causes in obesity so we also see that in terms of their eating habits are complex in nature, however; that their physical activity and sedentary lifestyle are related to their eating habits since the hypothesis proposed in our work is antagonistic since according to our results, we only have 1% of the population with overweight and as regards their eating habits they are delimited prevalence in the consumption of foods rich in protein, the children having a normal physical activity due to the nature of their diet since they consume a high content of sausages 40%, with regard to flours they do so 30% as in the consumption of cereals We see that they almost never consume it (50%) as do eggs, which is reflected in 31% who refer that they sometimes consume it while in the consumption of infusions the study population replaces foods such as milk, oats by the consumption of these (tea, anise, etc.), representing 30% more still their consumption of vegetables in deficit so they do not consume potassium, magnesium among other vitamins; Their fruit consumption is also similar to that of vegetables, as they indicate that they almost never consume vegetables (27%), so it is also in the meat group their consumption of fish, chicken and beef is also deficient since they report that almost never consume it However, they consume a large amount of soft drinks, as can be seen in 51% and regarding the consumption of beans, the habit is repeated, that is, with low consumption, which is configured in 23%, in regard to food-based preparation. of fried foods, rich in cholesterol and triglycerides, it is observed that 31% have it as a habit, while they report that at night, they do not consume food, this habit being configured in 32% of the population, so what is striking is that they’re The consumption of junk food is a high habit that is reflected in 32%, that is to say that their habits of this population in regard to their diet are negative, as it is to be observed that they also frequently consume grilled chicken. This study population was made up of 70 children, with 57% for males and 43% for females between the ages of 7 years with 47 children, 8 years, 27 children, and 9 years, 2 children respectively, from which we found

that 79% of the population is overweight compared to 20% who are in normal conditions, existing to some extent overweight.

Key Words: Obesity, lifestyles, cholesterol, triglycerides, sedentary lifestyle

INTRODUCCIÒN

Desde la perspectiva de que el mundo que esta globalizado y por lo consiguiente los gobiernos de turno de los países tienden a implementar programas de mejoras como parte de sus políticas de salud públicas, ponen específicamente mucho interés en los grupos etarios tanto preescolares como escolares para brindarles una alimentación de calidad como así es de observarse en algunos países específicamente los norteamericanos y algunos del viejo Europa, mientras que en los países en vía de desarrollo como el nuestro estos lineamientos no se cumplen pues los gobiernos de turno solamente implementan políticas de alimentación de manera subsidiaria como son los programas del vaso de leche y otros programas sociales que son solamente paliativos lo cual no garantiza que tengamos para el futuro buenos ciudadanos ya que de una buena alimentación depende un buen aprendizaje y desarrollo físico de los niños pues las alimentaciones hipercalóricas traen consigo enfermedades crónicas no transmisibles para el futuro de un país como son la diabetes, la hipertensión arterial lo que se ve común mente en nuestro país reflejado en altos porcentajes, de allí que nuestra población en estudió ya que se observan niños con bajo peso y un deficiente consumo de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales lo cual hace que los niños tiendan a tener una actividad física sedentaria, nuestro trabajo está orientado a la obesidad infantil ya que es un problema para la salud del hombre y que de cierta forma mediante el presente trabajo se tenga una visión en la práctica de cuál es la naturaleza nutricional en dicha comunidad; siendo la ironía del destino en que somos un país rico desde el punto de vida alimentario más si el estudio se ubica en una zona costera rica en productos hidrobiológicos, los cuales fueron la base de la cultura alimentaria de la población Caral .

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La malnutrición, en todas sus formas, es la principal causa de problemas de salud a nivel global. La obesidad, en particular, ha crecido de manera alarmante, poniendo en riesgo muchos de los avances en salud que han logrado incrementar la expectativa de vida a nivel mundial, por lo que es urgente abordar la situación como un problema prioritario de salud pública. (UNICEF, 2019)**.**

Lizardo & Díaz (2011) afirman que La obesidad se ha convertido en un problema global de salud pública. Se estima que unos 1,000 millones de personas en el mundo tienen sobrepeso u obesidad y por lo menos 300 millones son obesos. Niños obesos tienden a ser adultos obesos. Estudios han identificado una asociación consistente entre rápida ganancia de peso durante los primeros dos años de vida y obesidad en la niñez y vida adulta, en general, el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad es dos a tres veces más alto en los niños que cruzan por lo menos un percentil mayor entre el nacimiento y el primer o segundo año**. (pág. 208)**

UNICEF (2019) afirma que: Aunque América Latina es una de las regiones del mundo que más avances ha logrado en la lucha contra la desnutrición crónica, es también una de las zonas más afectadas por el aumento del sobrepeso y la obesidad, que alcanza al 7,3% de los La infancia y la adolescencia son etapas en las que se es más vulnerable a la influencia de los mensajes del entorno y en las que se construyen los hábitos que perduran en la edad adulta. 7 menores de 5 años (cifra que supera ampliamente la media mundial del 5,6%) y a cerca del 60% de la población adulta. **(UNICEF, 2019)**

Según INEI **(2017)**, la Encuesta encontró que el 21,0% de las personas de 15 y más años de edad sufren de obesidad. En el 2016 está prevalencia fue de 18,3%. Por sexo, el 24,7% de mujeres resultaron se obesas y en hombres el 17,2%. Según área de residencia, en el área urbana el 23,6% padece de obesidad y en el área rural el 11,0%. Según región, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con obesidad residen en Tacna (33,6%), Madre de Dios (29,3%), Moquegua (28,6%), Provincia Constitucional del Callao (27,3%), Ica (26,7%), Tumbes (26,2%) y provincia de Lima (26,0%).

Entre las diferentes causas que pueden estar originando este problema en la población, hemos hallado las siguientes: Tener una dieta inadecuada, por ejemplo, demasiados alimentos con alto contenido de azúcares y grasas, junto a una disminución del gasto por actividad física, por ejemplo, no hacer suficiente ejercicio y pasar mucho tiempo ante la televisión, celular o computadora, enfermedades genéticas (heredadas), aunque éstas no son frecuentes y el aumento del sedentarismo.

Como lo afirman **Moreno & Alonso (2017)** "Los síndromes genéticos y/o endocrinológicos representan el 1% de la obesidad infantil, correspondiendo el 99% restante al concepto de obesidad nutricional, simple o exógena" **(pág. 219).**

Así como lo menciona **Ireba, L. (2014)**: "A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación" **(pág. 6)**

Los efectos que pueden traer este problema son muchas, entre las que hemos hallado son Incrementándose el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (como la osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, etc.) y también que los niños obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta. Como lo afirma **la Organización Mundial de la Salud (OMS)** "El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer".

Por ello, el presente trabajo de investigación pretende identificar a profundidad las principales causas de la obesidad infantil y reconocer los estilos de vida en los menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa para cambiar algunas actitudes positivamente como los hábitos alimentarios, también tomar conciencia de este mal que pone en peligro la salud integral de los niños y así mejorar la calidad de vida infantil.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera las causas de obesidad infantil influyen en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020?

1.2.2. Problemas específicos

¿De qué manera influye los hábitos alimentarios en el peso en los menores de 10 años?

¿En qué medida el grado de sedentarismo influye en el peso en los menores de 10 años?

¿De qué manera la actividad física influye en el peso y talla en los menores de 10 años?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar de qué manera las causas de obesidad infantil influyen en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar de qué manera influye los hábitos alimentarios en el peso de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.

Determinar en qué medida el grado de sedentarismo influye en el peso de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.

Conocer de qué manera la actividad física influye con el peso y talla de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.

1.4. Justificación

La presente investigación permitirá determinar y comprender las causas de

obesidad infantil y la manera en que influye el estilo de vida en los niños menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa– Huaura. Causas tales como: tener una mala alimentación como consumir demasiados alimentos con alto contenido de azúcares como las gaseosas y grasas como claro ejemplo tenemos a las comidas rápidas, galletas, etc. También la disminución del gasto por actividad física, como es, no hacer suficiente ejercicio y pasar mucho tiempo ante la televisión o el celular y el aumento del sedentarismo.

Todo ello nos permitirá llegar a una conclusión del porque tenemos muchos niños con problemas de obesidad y así podremos brindar más información de esta problemática a los padres, niños y ofrecer soluciones de acuerdo a las causas que más influyan en el Asentamiento humano. Inicie este trabajo de investigación porque quiero contribuir y ser ayuda para mi sociedad ya que para los niños la salud es vital porque son seres vulnerables, y están más expuestos a enfermedades y a tener complicaciones de salud cuando sean más adultos. Al proteger a los niños de esta enfermedad, éstos podrán llegar a la edad adulta con una buena salud y así contribuir en el desarrollo de la sociedad.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Delimitación especial

El presente trabajo de investigación que lleva por título Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020, tiene por delimitaciones: Que se realizara en el distrito de Huaura, en el AA. HH Santa Rosa.

1.5.2. Delimitación temporal

El estudio se dio por inicio el 04 de enero y tendrá por culminación a fines del mes de diciembre del 2020.

1.5.3. Delimitación espacial

El grupo social, objeto de estudio de la investigación, serán los niños menores de 10 años que se encuentran en el AA. HH Santa Rosa, Huaura.

1.6. Viabilidad del problema

Este trabajo de investigación es un estudio viable porque contaremos con recursos bibliográficos actualizados, internet, revistas, libros. A nivel personal contamos con el tiempo necesario que se requiere para llevar a cabo este proceso de investigación.

En cuanto a los recursos económicos no necesitaremos ningún financiamiento o ser auspiciado por alguna entidad, el presente trabajo se realizará en corto plazo. Con la ejecución de nuestro trabajo de investigación no se alterará ni causará ningún daño a alguna persona o comunidad, más bien tiene la finalidad de dar a conocer las principales causas de obesidad infantil y estilo de vida en los menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa, Huaura y así poder llegar a conclusiones.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel Internacional

En Argentina, **Ferrero & Vilches (2017)** presentaron la investigación titulada: "Prevalencia de obesidad en niños de edad escolar y su asociación con la escolaridad de su cuidador".

Resumen

Su objetivo general fue Analizar la prevalencia de obesidad y su asociación con el nivel de escolaridad del cuidador del niño de edad escolar (de 1º a 6º) asistentes a la escuela "Marta Juana González" de Bº Villa El Libertador de la ciudad de Córdoba, durante el ciclo lectivo 2017. La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y observacional. Participaron 75 niños, seleccionados aleatoriamente por conglomerados. Se utilizó un cuestionario autoadministrado y se realizó antropometría. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva e inferencial. Obtuvieron como resultado que el 30,67% de los niños presentaron obesidad. La prevalencia de la misma fue menor en los niños cuyos cuidadores tenían escolaridad media-alta 28,57%, en comparación con los que tenían escolaridad baja 30,43%, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Llegando a la conclusión que existe una alta prevalencia de obesidad y es mayor en el sexo masculino. Se observó menor prevalencia de obesidad en niveles de escolaridad medio alto del cuidador, aunque no fue estadísticamente significativa. En su mayoría, el cuidador del niño resultó ser la madre. La frecuencia de obesidad fue mayor a la hallada en otros estudios locales y nacionales. Es importante abordar esta problemática desde un enfoque interdisciplinario planificando e implementando políticas públicas, enfatizando la promoción de la salud**. (p.4)**

En Honduras, **Lizardo & Díaz (2011)** presentaron el estudio: "Sobrepeso y Obesidad Infantil"; en el cual mencionan que: Referente a la obesidad infantil en EEUU entre los años 1970 y 2000, la prevalencia aumentó casi

cuatro veces en el grupo de niños entre los 6 y 11 años y tres veces para los niños entre los 12 y 19 años. Para el 2004 en los niños mayores de 6 años, la prevalencia de sobrepeso aumentó 2.5 veces para llegar al 37.2%. En Brasil se ha reportado un aumento importante de la prevalencia de obesidad en niños, adolescentes y adultos. En niños (edades 6-18 años), entre los años 1975 y 1997 la prevalencia de obesidad aumentó del 2.9 al 13.1% en sexo masculino y del 5.3 al 14.8% en sexo femenino. Niños de la ciudad de México y algunas áreas del norte de ese país tuvieron una prevalencia de sobrepeso y obesidad mucho más elevada que en áreas del sur (26.6% vs. 14.3%), así mismo, niños de procedencia urbana tuvieron más sobrepeso y obesidad que niños de procedencia rural (22.9% vs. 11.7%). **(pág. 208)**

En México, **Álvarez (2014)** presentó la tesis titulada: "Influencia del nivel socioeconómico en la presencia de obesidad infantil en niños de 6 a 12 años. En dos escuelas primarias".

Resumen

Su objetivo general fue Determinar la influencia del nivel socioeconómico en la presencia de obesidad infantil en niños de 6 a 12 años, en dos escuelas primarias. La investigación fue de tipo descriptivo, transversal, observacional. Se obtuvo IMC y se aplicó entrevista a padres y niños entre 6 y 12 años de edad de dos escuelas primarias. Teniendo como principales resultados: Fueron evaluados 197 niños, de 6 a 12 años de edad con una media de 8.51, 89 sexo femenino y 108 sexo masculino, se obtuvo un índice de masa corporal, con los siguientes resultados15 niños fueron de bajo peso, 100 niños con peso ideal, 42 niños con sobrepeso y 40 niños con obesidad. En cuanto a la actividad física 40 niños presentaron obesidad. En la dieta se evaluó la ingesta de grasas y azucares, reportándose 42 niños con sobrepeso y 40 con obesidad. En cuanto a factores hereditarios 103 niños tuvieron factor hereditario para obesidad. Llegando a la conclusión de que alimentos ricos en azucares, a la par de una actividad física sedentaria, aunado a factores hereditarios, contribuye de manera significante a la obesidad infantil, por lo que es importante realizar medidas preventivas. **(p.9)**

En España, **Villalobos (2016)** presentó la tesis titulada: “Estilos de vida y factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España”.

Resumen

El estudio se realizó en una muestra representativa de 7659 escolares (3931 niños y 3728 niñas) con edades comprendidas entre los 6-9 años de edad, de todas la Comunidades Autónomas, incluyendo además las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Teniendo como principales resultados: La prevalencia de sobrepeso oscilo entre el 14,1% y el 26,7% en niños y del 13,8% al 25,7% en niñas, dependiendo del criterio utilizado. La prevalencia de obesidad oscilo entre el 11% y el 20,9% en niños y entre el 11,2% y el 15,5% en niñas. La prevalencia de obesidad más alta se observó al utilizar el criterio de la fundación Orbegozo. En comparación con estudios realizados previamente en España la obesidad parece haber dejado de crecer. La prevalencia de obesidad utilizando el criterio de la OMS fue más baja en los individuos más jóvenes (14,9 % a los 6 años, 19,8% a los 7 años, 19% a los 8 años, 19.9% a los 9 años), y mayor en niños en todos los grupos de edad. Por región geográfica la obesidad fue significativamente mayor en la región Sur (21,2%) que en las regiones Norte (15,8%) y Centro (17,3%). **(p.22).**

En Colombia, **Tarazona et al. (2017)** presentaron un trabajo de investigación titulada: “Factores de riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en escolares de tres instituciones educativas de Cúcuta”.

Resumen

Su objetivo general fue Identificar el comportamiento de los factores de riesgos relacionados con el sobrepeso y la obesidad infantil presente en escolares de tercero a quinto grado de primaria del Institución Educativa Gimnasio Domingo Savio, Instituto Técnico Guaimaral, Instituto Educativo Pedro Fortoul del municipio de San José de Cúcuta en el periodo 2016-1. Se estudiaron 70 niños entre 8 y 10 años de edad de 3° a 5° de primaria de las tres instituciones de Cúcuta. Se tomaron medidas antropométricas y a partir del peso y la talla se calculó el índice de masa corporal para la clasificación

nutricional según lo estipula la resolución 2121 del 2010 y se relacionó con las horas de ocio, actividad física y horas de sueño que realizaban los estudiantes, que fueron evaluadas mediante la aplicación de una encuesta. Los resultados muestran que el 23% de esta población tiene sobrepeso y un 17% presenta obesidad. El patrón de actividad física en los niños se caracteriza por actividades sedentarias como ver televisión o juegos de video. El patrón de sueño se observa que la mayoría de los escolares no están durmiendo las horas recomendadas. **(p.45)**

En Chile, **Cofré (2015)** presentó la tesis titulada: "El problema del sobrepeso y la obesidad infantil y sus interacciones con la actividad física, el sedentarismo y los hábitos nutricionales en Chile".

Resumen

Su objetivo general fue determinar las características generales, antropométricas, físico- deportivas, de alimentación y psicosociales de los escolares chilenos, y establecer las relaciones entre sí de las variables anteriormente descritas. Se obtuvieron los datos vinculados a la calidad de vida e índice de masa corporal de un total de 515 preadolescentes de ambos sexos de 10 y 11 años, de quienes se registró y evaluó el IMC, la autoestima, la adherencia a la dieta mediterránea, nivel de actividad física, el autoconcepto, condición física, diferencias por sexo y análisis de variables. Teniendo como principales resultados que los preadolescentes fueron clasificados con un IMC saludable en menos de la mitad de la muestra, siendo mayoritaria la condición de exceso de peso, con mayor presencia de obesidad. La autoestima fue caracterizada como elevada, seguida por baja y un porcentaje muy menor de autoestima media. En relación a la adherencia a la dieta mediterránea la mayor parte de los preadolescentes obtuvieron un puntaje vinculado a la condición "necesitan mejorar", un menor porcentaje para la adherencia optima y un porcentaje menor para la baja adherencia. Respecto a los niveles de actividad física, la distribución fue bastante homogénea con valores en torno a un tercio para las tres categorías descritas. **(p.14)**

2.1.2. A nivel Nacional

Medina (2019) su trabajo de investigación tuvo por título “Sobrepeso y obesidad infantil en el hospital regional Moquegua”.

Resumen

Su objetivo general fue establecer la prevalencia, características epidemiológicas, clínicas, bioquímicas y de imágenes del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 10 años de edad atendidos en consulta externa de pediatría del Hospital Regional Moquegua entre los meses de agosto a diciembre del 2017. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional, trasversal; se creó una base de datos en el programa SPSS versión 23, se empleó estadística descriptiva, para determinar si existían diferencias significativas entre las variables, se utilizó Chi cuadrado. Donde obtuvo como resultado que de un total de 170 niños de 5 a 10 años atendidos en consultorio externo de pediatría del Hospital Regional Moquegua se encontró 88 niños (51.8%) con sobrepeso y obesidad según criterios de diagnóstico OMS 2007; 36 niños (21.2%) con sobrepeso y 52 niños (30.6 %) con obesidad. Concluyéndose que existe un incremento en la prevalencia sobrepeso y obesidad en los niños y niñas de 5 a 10 años, con características epidemiológicas, clínicas, bioquímicas y de imágenes muy importantes para desarrollar enfermedades no trasmisibles como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, cáncer, síndrome metabólico, entre otras, ocasionando una calidad de vida no adecuada, resultando un problema de salud pública y por ende un aumento de la morbimortalidad en nuestra Región Moquegua.**(p. 16)**

Aguilar (2011) realizó un trabajo de investigación con el título **“**Prevalencia y factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en escolares de educación primaria de colegios estatales del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna 2010”.

Resumen

Su objetivo general fue Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de educación primaria del distrito de Gregario Albarracín

Lanchipa y los principales factores de riesgo asociados, durante el año 2010. La investigación fue de tipo prospectivo, descriptivo, transversal, y de correlación. Donde obtuvo como resultado que la mayoría de escolares con peso normal eran de sexo femenino (66,9%), mientras que la mayoría de escolares con sobrepeso y obesidad eran de sexo masculino (53,3%). Se evidencia que el sexo del estudiante se asoció significativamente con el riesgo de sobrepeso y obesidad (p=O, OOO). Para el diagnóstico del sobre peso y obesidad se evaluó el peso/edad encontrando que la mayoría (60,07%) tenía peso normal para su edad, y en segundo lugar observamos que el 24,83% tenía sobrepeso., hallándose también que el 15,10% tenía obesidad. Demostrando también que la mayor tasa de obesidad la tenían los escolares de sexo masculino frente a las de sexo femenino (19,70% vs 11 ,45%)**. (p. 80)**

Domínguez, Mispireta y cols. (2006) Publicaron "Perfil Nutricional en Escolares de Lima y Callao" con el objetivo de describir el perfil nutricional de los niños de tercer a sexto grado de educación primaria en Lima Metropolitana y Callao. Entre sus principales resultados se encuentran: El 20,6% de los niños presentaron sobrepeso y 15,5% algún grado de obesidad. Se encontró mayor nivel de obesidad en niños comparado con las niñas. Asimismo, se puede observar que en colegios privados existía el doble de obesidad que en colegios públicos (21,6% vs 1 O ,3%), no habiéndose encontraron diferencias entre niños y niñas. Sobre el estado civil, describen que, la mayoría de las madres, es casada o conviviente (82,4%), siendo mayor el porcentaje en colegios públicos que privados **(citado en Aguilar B., 2011, p.14).**

Chávez & Meza (2018) presentaron la tesis titulada: “Hábitos alimenticios, sobrepeso y obesidad en los niños del nivel inicial de la institución educativa Miguel Grau Seminario del asentamiento humano Nuevo Ilo, Moquegua, 2017”.

Resumen

Su objetivo general fue Analizar la relación que existe entre los hábitos

alimenticios, el sobrepeso y la obesidad en los niños de la Institución Educativa inicial Miguel Grau Seminario del Asentamiento Humano Nuevo Ilo. La investigación fue de tipo básica, Correlacional y Cuantitativo. Donde obtuvieron como resultado que no existe relación entre los hábitos alimenticios, el sobrepeso y obesidad en los niños del Nivel Inicial de la institución educativa "Miguel Grau Seminario" del AAHH Nuevo Ilo. Debido a que los niños presentan un estado nutricional considerado como normal. No hay relación significativa entre la frecuencia de consumo de gaseosas o bebidas azucaradas, comida chatarra y el sobrepeso y obesidad en los niños de la institución educativa Inicial "Miguel Grau Seminario", debido a que las familias mantienen un buen habito alimenticio en la dieta diaria variada de carnes, verduras, frutas y carbohidratos lo que favorece el buen desarrollo nutricional de estos niños. En cuanto a la relación entre hábitos alimenticios y la valoración antropométrica, se estableció mediante la prueba estadística del chi cuadrado de Pearson, que no existe relación entre las variables de estudio, rechazando la hipótesis (hi) y aceptándose la (ho) nula. **(p.75)**

Rosado, Silvera & Calderón (2011) realizaron un trabajo de investigación con el título: "Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares".

Resumen

Su objetivo general fue Determinar la prevalencia de obesidad en niños escolares de seis a diez años del distrito de Cercado de Lima. El estudio se llevó a cabo en cuatro instituciones educativas de nivel primario del Cercado de Lima, las cuales fueron seleccionadas al azar. La población estudiada fue de 600 escolares, de seis a diez años de edad, de ambos sexos (300 del sexo masculino y 300 del sexo femenino), distribuidos en cinco grupos etarios. Los valores del índice de masa corporal (IMC) fueron analizados según las tablas del CDC, teniendo como valores diagnósticos entre percentil 85 y 95 para sobrepeso y percentil más de 95 para obesidad. Teniendo como principales resultados: Que se halló una prevalencia de 22% (132/600) de sobrepeso y un 22,8% (137/600) de obesidad. Según sexo, en varones: sobrepeso 19,7% (59/300) y obesidad 28,7% (86/300); y, en mujeres:

sobrepeso 24,3% (73/300) y obesidad 17,0% (51/300) en mujeres.

Hubo diferencia significativa en la prevalencia de obesidad. Y, hubo mayor obesidad en los niños de ocho años (mujeres 13,3% y varones de 38,3%) y nueve años (mujeres 11,7% y varones 30,0%) (p = 0,003 y p = 0,02, respectivamente). Llegando a la conclusión: Que hubo una elevada prevalencia de sobrepeso (22,0%) y obesidad (22,8%) en los escolares del cercado de Lima. **(p.163)**

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Obesidad Infantil

La obesidad se define como una condición en la que se sufre de acumulación excesiva de energía en forma de tejido graso en relación al valor esperado según sexo, talla y edad, con potenciales efectos adversos en la salud, reduciendo la calidad y expectativa de vida de las personas afectadas.

Flores (2012) citado en **Chávez Salas & Meza Olivera (2018)** declara que: La obesidad, puede definirse como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, aunque en realidad es una enfermedad que implica mucho más que eso: dificultades para respirar, ahogo, interferencias en el sueño, somnolencia, problemas ortopédicos, trastornos cutáneos, transpiración excesiva, hinchazón de los pies y los tobillos, trastornos menstruales en las mujeres y mayor riesgo de enfermedad coronaria, diabetes, asma, cáncer y enfermedad de la vesícula biliar son todos problemas asociados al exceso de peso **(pág. 30).**

Niños obesos tienden a ser adultos obesos. Estudios han identificado una asociación consistente entre rápida ganancia de peso durante los primeros dos años de vida y obesidad en la niñez y vida adulta, en general, el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad es dos a tres veces más alto en los niños que cruzan por lo menos un percentil mayor entre el nacimiento y el primer o segundo año de vida. Niños mayores de 13 años con un IMC mayor o igual al 95%, tienen más del 50% de posibilidades de ser adultos obesos **(Lizardo & Díaz, 2011, págs. 208-209).**

¿Cuándo se considera que un niño es obeso?, un niño se considera que es obeso cuando su peso sobrepasa el 20% de su peso ideal. Los niños que comienzan con una obesidad entre los seis meses y siete años de vida el porcentaje de los que seguirán siendo obesos en la edad adulta es de 40% mientras para los que comenzaron entre los diez y trece años las probabilidades son 70%, porque las células que almacenan grasa (adipocitos) se multiplican en esta etapa de la vida por lo cual aumenta la posibilidad del niño de ser obeso cuando adulto. **(Chávez & Meza, 2018, pág. 30)**

2.2.2. Clasificación

La obesidad se clasifica según su origen o su distribución en el cuerpo

Según su origen

Obesidad nutricional o exógena: Es causada por un desequilibrio de ingresos y consumo de energía y representa entre el 95% al 99% de las obesidades.

Obesidad orgánica o Endógena: Es la que acompaña a diferentes signos y síntomas, trastornos endócrinos, como el hipotiroidismo, el hipopituitarismo, el síndrome de Cushing , las lesiones, infecciones y tumores del sistema nervioso central , insulinomas, síndromes genéticos, etc., a pesar que representa solo un pequeño porcentaje de las obesidades(entre el 1% y 5%) los médicos y familiares frecuentemente someten al niño a múltiples estudios con la esperanza de que la obesidad sea secundaria a un trastorno orgánico, y así disponer de un tratamiento médico rápido y eficaz.

2.2.3. Según la distribución de la grasa corporal

Tipo 1: Generalizada o difusa

En este tipo de obesidad, la grasa se distribuye en forma difusa sin respetar límites anatómicos, predomina en los primeros años de la infancia sin hacer preferencia de sexos.

Tipo 2: Tronco abdominal o androide

En la obesidad tronco abdominal, la grasa se deposita en la parte superior del cuerpo, sobre todo en la cara, cuello, tronco, flancos y región supra umbilical del abdomen. Es más frecuente en el sexo masculino.

Tipo 3: Visceral

La grasa se deposita en el parénquima visceral, lo que ocasiona alteraciones en la función de los diferentes órganos, solo es posible diagnosticarla a través de métodos complementarios como la tomografía computada y otros estudios complejos. Su importancia radica en las complicaciones y el mal pronóstico clínico a largo plazo, ya que frecuentemente se asocia a diabetes, hipercolesterolemia, hiperuricemia, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y arteriosclerosis de la edad adulta.

Tipo 4: Gluteofemoral o ginoide

En este tipo de obesidad también llamada trocantérea, la grasa se distribuye en la parte inferior del cuerpo, sobre todo en el abdomen infraumbilical, región glútea, nalgas y muslos, es más frecuente en el sexo femenino.

2.2.4. Causas de obesidad

La obesidad es una enfermedad muy compleja y son muchas las causas, como son los factores genéticos, ambientales, psicológicos, conductuales, culturales, enfermedades endocrinas y estilo de vida.

Factores genéticos

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que: la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. Se ha identificado la participación de 600 genes, marcadores y regiones cromosómicas asociados o ligados a fenotipos de obesidad. **(Aguilar, 2011, pág. 23)**

La búsqueda de genes relacionados con la obesidad nutricional ha obtenido respuesta positiva en los últimos años. La deficiencia congénita de leptina ha sido demostrada en unos pocos niños con obesidad de comienzo precoz; también se conoce algún caso de deficiencia congénita del receptor de la leptina. **(Moreno & Alonso, 2017, pág. 219)**

A través de los años y de muchos estudios se ha identificado un gen OB que codifica la producción de una hormona llamada leptina en el tejido adiposo, ésta informa al cerebro la cantidad de grasa corporal regulando la ingesta de alimentos y el gasto metabólico. Dado que en pacientes obesos los niveles de leptina en sangre son altos se dice que producen una resistencia que provocaría el aumento del apetito y disminución del gasto energético. **(Barroso et al., 2016, p.8)**

En la actualidad, de acuerdo con los 222 estudios realizados sobre genes y obesidad, se dispone de evidencias científicas suficientemente sólidas como para establecer en 71 el número de genes potencialmente inductores de la aparición de la obesidad. De ellos, quince genes se asocian de manera íntima con el volumen de grasa corporal. Sin embargo, los genes no necesariamente dictan el futuro, sino que son los hábitos y el ambiente los que influencian el desarrollo de obesidad en individuos con predisposición genética. **(Tirado, 2017, pág. 17)**

Está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %, cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. **(Aguilar, 2011, pág. 23)**

Factores Ambientales

Los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de obesidad son múltiples, siendo los más destacados la sobrealimentación y el sedentarismo.

La sobrealimentación desde épocas tempranas de la vida debido al reemplazo de la lactancia materna por la lactancia artificial, a la

introducción precoz de la alimentación complementaria y al aporte de alimentos en cantidad superior a la necesaria, se ha correlacionado con aparición posterior de obesidad; sin embargo, esto parece estar más relacionado a un aporte calórico excesivo que a la práctica alimentaria en sí misma. El cambio observado en las últimas décadas en los hábitos de comer, con la introducción de alimentos que aportan muchas calorías, especialmente en base a grasas y azúcares refinados, favorece un consumo de nutrientes superior a los requerimientos promedio y contribuye al desarrollo de sobrepeso y obesidad desde la niñez. **(Calla & Cornejo, 2016, pág. 26)**

Aumento de la ingesta calórica

Representado por el elevado consumo de comidas rápidas, bebidas azucaradas, aumento del tamaño de las porciones, comidas densas energéticamente, acompañado de disminución en el consumo de frutas y vegetales.

Disminución en el gasto energético

El tiempo excesivo en frente a pantallas (televisión, computadores, video juegos, celulares), disminución del tiempo dedicado a educación física en el colegio y a practicar deportes recreativos. La asociación entre el tiempo viendo televisión y obesidad no parece deberse solamente a la inactividad física, sino también al aumento en el consumo de bebidas con azúcar, dulces, meriendas y comidas rápidas influenciado en parte por la exposición a comerciales de estos productos. **(Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Otro factor importante para tener en cuenta es lactancia materna, hay una clara asociación dosis-dependiente entre el tiempo de lactancia materna y el riesgo de desarrollar sobrepeso. Un análisis de los estudios evaluando esta asociación encontró que cada mes extra de lactancia materna disminuye el riego de sobrepeso en un cuatro por ciento. **(Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Factores psicológicos

Barroso et al., (2016) mencionan que: “En los niños obesos, es frecuente observar cierta tendencia a la frustración y a la depresión. El sentimiento de rechazo originado en sus propios pares provoca soledad, aislamiento e inactividad, lo que produce mayor obesidad y le da la perpetuidad al ciclo”. **(p. 9)**

Desde una visión psicológica, se han intentado diferenciar los elementos que funcionan muy estrechamente en la regulación de la ingesta alimentaria; el hambre y el apetito. El hambre es un fenómeno innato, no condicionando, relacionado con la supervivencia y con la necesidad fisiológica de recibir alimentos. Está regulado en forma nerviosa y humoral por estímulos que llegan al hipotálamo y en el cual intervienen los niveles plasmáticos de glucosa, ácidos grasos libres y aminoácidos. El estímulo desencadenado por los bajos niveles d nutrientes en sangre desaparece cuando se produce la ingesta y el sistema nervioso percibe saciedad. (**Barroso et al., 2016, p. 10)**

Factores conductuales

Los factores conductuales van relacionados con los malos hábitos alimenticios. **Aguilar (2011)** afirma: “La formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, e ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples” **(pág. 24).**

Familias en las cuales ambos padres trabajan es decir la falta de supervisión materna y paterna de la calidad de alimentos que ingiere el niño asimismo también la falta de percepción materna de sobrepeso en niños de jardín de infantes se asocia a mayor riesgo de sobrepeso en este grupo etáreo. **(Aguilar, 2011, pág. 25)**

En algunas clases sociales, se encuentran muy arraigados ciertas creencias erróneas sobre la alimentación y el crecimiento durante la infancia. Conceptos tales como “el niño gordo es saludable”, o “ya adelgazará con el crecimiento”, no hace más que considerar normal algo

que se debe ser asumido como una enfermedad. El sedentarismo y los hábitos alimentarios son sin duda un análisis para el estudio, muchas veces los padres son los que determinan el tipo de alimentación según gustos y creencias. **(Barroso et al., 2016, p.9)**

Enfermedades Endocrinas

García et al. (2009) afirman: Durante años la obesidad se ha considerado consecuencia de otras enfermedades endocrinas, sin embargo, menos del 1% de los pacientes obesos presentan otras alteraciones endocrinas significativas. Las siguientes son las que con mayor frecuencia pueden producir un aumento del peso corporal.

Enfermedades hipotalámicas: Son raras. Se pueden producir en el caso de afectación del hipotálamo ventromedial por traumatismo, tumor (craneofaringiomas, Hamar tomas, etc.) o enfermedad inflamatoria. Se acompaña de manifestaciones clínicas de hipertensión intracraneal (cefalea, alteración de la visión), de manifestaciones endocrinas (amenorrea, hipotiroidismo...).

Enfermedades hipofisarias y suprarrenales: Déficit de hormona de crecimiento.

Exceso de producción de ACTH. Síndrome de Cushing

Hipotiroidismo: Se acompaña de un incremento de peso, sobre todo cuando hay mixedema. **(p.31)**

2.2.5. Estilo de vida

2.2.5.1. Tipo de Alimentación

En el estudio Enkid, se evidenciaron como factores protectores para la OB, además de la LM durante tres o más meses, el consumo de 4 o más raciones de frutas y verduras al día, un consumo graso menor del 35% del aporte energético total, el fraccionamiento de la ingesta diaria en 3 o más comidas al día y un estilo de vida activo. Por el contrario, el consumo elevado de productos de bollería,

refrescos azucarados y embutidos, un perfil dietético con un 38% o superior de la ingesta energética a partir de las grasas, la ausencia de la ración del desayuno y una baja actividad física, dedicando 3 o más horas al día a ver TV, aumentaba la probabilidad de ser obeso. **(Güemes & Muñoz, 2015, pág. 415)**

A nivel familiar: estilos de alimentación del niño muy permisivos o controladores; estilos de alimentación no saludables, con alto consumo de bebidas edulcoradas y alimentos con alto contenido de grasas, y bajo consumo de frutas y verduras; estilo de vida sedentaria con excesivo tiempo ante la TV y la PC a expensas de actividades deportivas, etc.

A nivel comunitario: alimentación escolar inapropiada en los comedores escolares o en los kioscos escolares; falta de actividad física suficiente; ausencia de educación alimentaria en las escuelas, abundante disponibilidad de alimentos para comer al paso; falta de facilidades para desarrollar actividades deportivas.

A nivel gubernamental: deficiente regulación de la publicidad de alimentos, particularmente la dirigida a niños; deficiente regulación de la producción y oferta de alimentos procesados, entre otros.

2.2.5.2. Sedentarismo

Carreño A. (2019), menciona que: “El sedentarismo, es definido como la falta de actividad física regular, establecida en menos de 30 minutos diarios de ejercicio en menos de 3 días a la semana” **(citado en García, 2019, parr.25).**

Crespo, et al. (2015) mencionan que: Existen varias definiciones del término sedentarismo. Desde el punto de vista del tiempo dedicado a realizar actividad física, sedentario es aquel individuo que no realiza al menos 30 min de actividad física moderada

durante la mayoría de días de la semana.

Desde el punto de vista del gasto energético, se puede definir como sedentario o inactivo a aquel individuo que no realiza 5 o más días (sesiones) de actividad física moderada o de caminata durante al menos 30 min por sesión, o que no realiza 3 o más días (sesiones) semanales de actividad física vigorosa durante al menos 20 min, o que no genera un gasto energético de al menos 600 $Mets \cdot min^{-1}$ por semana (aproximadamente 720 kcal por semana para una persona de 70 kg de peso) en una combinación de actividades vigorosas, moderadas y/o de caminata. Otra definición de sedentarismo tiene que ver con el tiempo que pasa un individuo sentado o recostado, o también se puede llamar sedentario a aquel individuo que gasta menos de 1,5 $Mets \cdot h^{-1}$ y por día en actividades físicas de tiempo libre, trabaja sentado y emplea menos de una hora por semana en actividades de transporte (caminando). **(parr. 1)**

Causas y/o factores que contribuyen al sedentarismo:

Según **García W (2019)** las causas son las siguientes:

> Las muchas horas a la semana frente a la televisión, se calcula que 2-3 hrs/día y fin de semana de 4-5 hrs/día, es un síntoma promedio de sedentarismo en niños, jóvenes y adultos.
>
> Excesivas horas de dormir, se dice que el promedio actual necesario para que el cuerpo recupere sus fuerzas son 7 horas, en el caso de los estudiantes, recomiendan 8 horas, sin embargo, quien duerme mucho, vive poco. Un estudio epidemiológico japonés viene a confirmar el sentido literal de este dicho: las personas que duermen ocho horas o más, disfrutan de menor longevidad comparadas con las que duermen siete.
>
> Así también, la tecnología es la que con sus diversas manifestaciones ha limitado el movimiento corporal de las personas, cambiando la ejercitación física por horas enteras

frente a la tecnología disponible.

El Factor Consumo o Consumismo, el cambio en el estilo de vida de las personas ha traído consecuencias negativas, el mejor ingreso socioeconómico ha significado un cambio en el ámbito alimenticio hacia la dieta con alto consumo de alimentos procesados, comida rápida, ácidos grasos, azúcares, entre otros de alto contenido calórico. El aumento de bienes de consumo trae consigo la disminución de las actividades físicas, como ocurre con la compra de automóviles, electrodomésticos, televisores, computadores, etc. (**párr. 48)**

2.2.5.3. Actividad física

Para los niños y jóvenes de este grupo de edades, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias.

La inactividad física y el sedentarismo están asociados a un amplio rango de enfermedades, incluyendo a la obesidad. Los avances en la tecnología y transporte son considerados factores claves que explican el aumento de inactividad en la población lo cual puede relacionarse con la obesidad, sin olvidar que está creando cada día más actividades de entretenimiento sedentarias, tales como ver televisión, usar computadoras, entretenerse con video juegos, etc. **(Tirado, 2017, pág. 19)**

Desde las primeras etapas de la vida se pueden modificar aquellos hábitos de actividad física que han mostrado asociación evidente con problemas de salud posteriores. La práctica regular de ejercicio físico en niños y adolescentes puede prevenir y tratar situaciones psicoafectivas, desmineralización ósea y algunos tipos de cánceres. Para algunas de estas alteraciones, la Actividad física es uno de los factores de protección modificables más importantes. Pero, quizás, el hábito que más ha cambiado en los últimos años es la falta de

ejercicio físico, que en niños y adolescentes debe ser al menos de 60 minutos diarios y de una intensidad moderada/alta, y que ha sido reemplazado por un exceso de ocio sedentario, vinculado a las nuevas tecnologías y a condicionantes socioculturales. **(Tirado, 2017, pág. 19)**

La Educación Física puede y debe asumir en su currículo este reto educativo que la sociedad actual plantea. El ideal es evitar que el niño o adolescente llegue a ser obeso, de aquí que los mayores esfuerzos en el control de salud deberían estar orientados al desarrollo de contenidos educativos que promuevan la apropiación de hábitos de vida saludable por parte del alumnado. **(Santos, 2005, págs. 179-199)**

Por otra parte, tenemos que tener en cuenta que la actividad física puede variar de acuerdo a la edad o estado madurativo.

Los más pequeños la realizan a través del juego, alternando tiempos cortos de actividad física moderada a vigorosa, con periodos de descanso o tiempos cortos de intensidad baja. Los adolescentes prefieren realizar tiempos continuos de actividad física moderada a vigorosa a través de deportes, transporte activo (caminatas, bicicleta) o ejercicios estructurados. La actividad de mayor intensidad o duración debe realizarse unas tres veces por semana. Se debe optar siempre por una actividad que sea agradable y se realice en un entorno seguro. Las actividades más recomendables son los que utilizan grandes grupos musculares: correr, caminar con un buen balanceo de brazos, andar en bicicleta, nadar, patinar o bailar. **(Setton & Fernández, 2014, pág. 44).**

2.2.6. Recomendaciones de acuerdo a la edad

Así como lo describen **Setton & Fernández (2014)**

De 4 a 7 años:

Promover actividades deportivas al aire libre, con una frecuencia diaria, de intensidad moderada, durante 30 minutos continuos o fraccionados cada 10 minutos. Le permitirá desarrollar la actividad motriz (habilidades motoras básicas, coordinación, equilibrio, velocidad), el conocimiento del esquema corporal y la diferenciación segmentaria, y afianzar la multilateralidad como base de la orientación espacial. Estimular la práctica de juegos de equipo, centrándose en lo recreativo y lúdico. Juegos libres: reptar trepar, correr, saltar, lanzar objetos, jugar a la pelota, andar en bicicleta, patinar, nadar, jugar con sus pares, entre otros.

Entre los 8 y 9 años:

Comenzar con la actividad pre deportiva y mini deportes (contienen algunas reglas básicas del deporte). Con igual frecuencia, intensidad y tiempo que el grupo anterior. Conviene iniciarlo en las practicas del atletismo (le permitirá perfeccionar el salto, el lanzamiento y la carrera), utilizando siempre la competencia como medio y no como fin. Por ejemplo: saltar, bailar, correr, rotar saltarla cuerda, caminar con un buen balanceo de brazos, andar en bicicleta, remar, nadar, patinar, participar en juegos de equipo, entre otros.

Entre los10 a 12 años:

En este momento ya se puede comenzar a desarrollar la habilidad motriz específica, estimulando la flexibilidad, la fuerza y la resistencia (más la aeróbica que la anaeróbica), todas las actividades del grupo anterior más estímulos específicos de flexibilidad, fuerza y resistencia, deportes, recreación o cualquier otro ejercicio estructurado. se recomienda que sea diaria, de intensidad moderada por 30 minutos.

2.2.6.1. ¿Qué tipo de deporte es el más adecuado para el niño?

Existen tres modalidades de ejercicio:

Aeróbico: consiste en la realización de movimientos repetidos que implican varias agrupaciones musculares. Bailar, correr y el ciclismo son ejemplos de este grupo.

Fuerza: ejercicios en los que se lleva al límite la capacidad muscular, obligando al cuerpo a adaptarse a la nueva situación de sobrecarga. Llevar la mochila del colegio o cargar a un compañero en la espalda son ejemplos de este grupo.

Crecimiento óseo: ejercicios que suponen fortalecimiento del hueso por medio de tracción o impacto repetido; en ocasiones estas actividades también contienen una parte aeróbica. Ejemplos de este grupo son deportes de pelota y saltar a la comba.

2.2.6.2. Pirámide del ejercicio físico

La pirámide del ejercicio físico es una ayuda sencilla cuando nos planteamos la orientación para elegir el ejercicio más adecuado y su frecuencia en los niños. Sirve como recordatorio de las tareas que se pueden repetir más a diario y cuáles de ellas minimizar. En la base de la pirámide están las actividades que el niño debe realizar diariamente, como subir y bajar las escaleras, caminar, jugar de forma activa, ayudar en las tareas domésticas, pasear el perro, entre otras. Conforme se asciende la pirámide se describen las tareas que hay que realizar de forma periódica, por ser más intensas, y son la educación física, correr, nadar, montar en bicicleta, deportes de equipo como el fútbol, baloncesto, natación entre otros. En la cima de la pirámide están las actividades que hay que reducir, ya que favorecen el sedentarismo.

2.2.6.3. Beneficios para la salud durante la infancia

Incluyen un crecimiento y un desarrollo saludables del sistema cardiorrespiratorio y músculo-esquelético, el mantenimiento del equilibrio calórico, y, por lo tanto, un peso saludable, la prevención de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como la hipertensión o el elevado contenido de colesterol en sangre, y la oportunidad para desarrollar interacciones sociales, sentimientos de satisfacción personal y bienestar mental. **(Aznar & Webster, 2009, p.25)**

Existen pruebas científicas sólidas que demuestran que la actividad física es importante para el bienestar psicológico infantil. Los niños y niñas con niveles de actividad más bajos presentan una prevalencia más elevada de trastornos emocionales y psicológicos.

El deporte y el ejercicio proporcionan un medio importante para que niños, niñas y adolescentes tengan éxito, lo que contribuye a mejorar su bienestar social, su autoestima y sus percepciones sobre su imagen corporal, y su nivel de competencia, provocando un efecto más positivo en aquellos que ya tengan una baja autoestima. Además, los niños y niñas con niveles de actividad más elevados presentan asimismo más probabilidades de tener un mejor funcionamiento cognitivo. **(Aznar & Webster, 2009, p.25)**

La actividad física durante la infancia parece generar una protección frente a la obesidad en etapas posteriores de la vida. Además, las personas adultas que fueron obesas en la infancia presentan una salud peor y una mortalidad más elevada que aquellas que no fueron obesas en su infancia. Al mantener una condición física aeróbica en la infancia, la actividad física durante la niñez reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. **(Aznar & Webster, 2009,**

p.26)

2.2.6.4. Hábitos alimentarios

Los hábitos alimenticios se definen como: "Un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos. Aborda desde la manera en el que el hombre acostumbra a seleccionar sus alimentos hasta la forma en que los almacena, prepara, distribuye y consume" **(Hinostroza,1992, p.81)**

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela.

En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación, y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes. Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitadas de las conductas observadas por personas adultas que respetan. Otros modos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, en donde estos últimos son expuestos repetidamente a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer enmarcado por encuentros entre padres e hijos. **(Macias et al. 2012, págs. 40-43)**

Por otra parte, la publicidad televisiva forma parte del ambiente social humano, que en el caso de su influencia en los hábitos alimentarios de los niños ha ido desplazando a instancias como la familia y la escuela; promoviendo un consumo alimentario no saludable, ya que los niños son más susceptibles de influenciar, debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad, y por lo tanto son fácilmente manipulables por los

anuncios publicitarios que promocionan nuevos alimentos. **(Macías et al. 2012, págs. 40-43)**

En el caso de la escuela, dicha institución permite al niño enfrentarse a nuevos hábitos alimentarios que en muchas ocasiones no son saludables; aunque también asume un rol fundamental en la promoción de factores protectores en cuestión de hábitos alimentarios. En este sentido, las acciones de promoción y prevención escolar están a cargo de los profesores a través de los contenidos temáticos en materias como ciencias naturales. **(Macías et al. 2012, págs. 40- 43)**

2.2.7. Recomendaciones de hábitos de vida saludables para la alimentación.

Según **García et al. (2009)**

Consejos nutricionales

Elegir alimentos con poca grasa.

Moderar el consumo de carnes rojas y aumentar el de pescado.

Consumir frutas, verduras y hortalizas en abundancia.

Limitar el consumo de alimentos fritos, rebozados o cocinados con excesiva grasa.

Serán de elección los alimentos cocidos o a la plancha.

Consejos conductuales

Repartir la alimentación en 5 comidas: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.

Comer despacio y masticar muy bien los alimentos.

Nunca se debe saltar el desayuno, ya que un ayuno prolongado favorece la activación de mecanismos de almacenamiento de grasa.

No se debe picar entre horas. En su caso, cuando se tenga hambre, se

debe disponer de alimentos de bajo contenido calórico (por ejemplo, una manzana), o realizar alguna actividad que ocupe tiempo y atención disipando así la idea de comer.

Consejos psicológicos

Utilizar platos pequeños y extender la comida en ellos.

Intentar ser creativos en la cocina, utilizar condimentos que den a los platos un olor, sabor y colorido agradables, evitando así la monotonía.

Planificar de antemano lo que se va a comer, y preparar las comidas cuando no se tiene hambre.

No debe existir una lista de prohibiciones y de obligaciones, sino una información detallada de la forma de comer. **(pág. 40)**

2.2.8. Las consecuencias de la obesidad infantil

La obesidad infantil tiene consecuencias medicas muy preocupantes y también psicológicas desde temprana edad y son las siguientes:

Síndrome Metabólico:

En pediatría ha sido definido como tres o más de los siguientes criterios acorde a edad y sexo: IMC por encima del percentil 95, lipoproteínas de baja densidad (LDL) por encima del percentil 95 con lipoproteínas de alta densidad (HDL) por debajo del percentil 5, presión arterial sistólica o diastólica por encima del percentil 95, e hiperglicemia. Se ha encontrado una asociación directa entre el grado de obesidad y la presencia del síndrome metabólico al punto que el 50% de los niños y adolescentes con obesidad severa tienen evidencia de él. **(Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) e intolerancia a la glucosa

La prevalencia de DMT2 ha aumentado en paralelo al aumento de la prevalencia de obesidad infantil.

La obesidad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de DM tipo 2 en personas genéticamente predispuestas y la prevalencia de DM aumenta exponencialmente según aumenta el IMC. Más del 80% de las DM tipo 2 presentan un IMC > 27kg/m2. El riesgo de DM tipo 2 aumenta con el grado y duración de la obesidad más aún en la obesidad troncular. **(García et al., 2009, pág. 35).**

Síndrome de Ovarios Poli quísticos

Definido como la presencia de oligo/anovulación, hiperandrogenismo y presencia de ovarios poliquísticos en ultrasonido pélvico. Obesidad está presente en aproximadamente el 50% de pacientes con dicho síndrome, y estos tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome metabólico**. (Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Enfermedad Cardiovascular:

El IMC y la medida de la circunferencia abdominal tienen buena sensibilidad y especificidad para predecir la presencia de tres o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en adolescentes, bajos niveles de HDL, altos niveles de LDL, hipertrigliceridemia, hiperglicemia, hiperinsulinemia, e hipertensión. **(Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Pubertad Precoz

Niñas con ganancia de peso rápida en los primeros 9 meses de vida tienen un mayor riesgo de obesidad durante la niñez y una menarquia más temprana. De la misma manera, una menarquia temprana se correlaciona con un mayor riesgo de obesidad en la vida adulta. **(Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Hiperlipidemia

Existe un aumento de los niveles de triglicéridos, una disminución de HDL-colesterol y un aumento de las concentraciones de LDL-colesterol. La alteración del perfil lipídico y el aumento del trabajo

cardíaco confieren al paciente obeso un alto riesgo de padecer cardiopatía isquémica. **(García et al., 2009, pág. 35).**

Insuficiencia venosa periférica

Mayor riesgo de presentar varices, edemas y cambios tróficos en las extremidades inferiores. Se asocia a un mayor riesgo de padecer enfermedad tromboembólica. **(García et al., 2009, pág. 35)**

Hipertensión arterial.

La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular renal de sodio y explica la alta prevalencia de HTA. La pérdida de peso se acompaña de una disminución importante de las cifras de tensión arterial, incluso sin realizar dieta hiposódica. **(García et al., 2009, pág. 35).**

Enfermedades cardiovasculares.

La obesidad puede producir un aumento del volumen sanguíneo, del volumen diastólico del ventrículo izquierdo y del gasto cardiaco, responsables a medio plazo de la hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo. La insuficiencia cardiaca congestiva y la muerte súbita son mucho más frecuentes en el paciente obeso. **(García et al., 2009, pág. 36).**

Colelitiasis y esteatosis hepática.

La obesidad se acompaña a menudo de un hígado graso, y también el paciente obeso presenta un alto riesgo de padecer colelitiasis. **(García et al., 2009, pág. 36).**

Problemas del aparato locomotor.

Por factores biomecánicos (sobrecarga), siendo la artrosis de columna y rodilla una complicación frecuente en las personas con obesidad. **(García et al., 2009, pág. 36).**

Hiperuricemia y gota.

La hiperuricemia del paciente obeso es multifactorial. Está disminuido el aclaramiento de ácido úrico y aumentada su producción. **(García et al., 2009, pág. 36).**

Problemas respiratorios.

La obesidad mórbida puede asociarse a alteraciones de la ventilación que conducen a hipoxia crónica e hipercapnia. El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una manifestación clínica frecuente en los obesos. **(García et al., 2009, pág. 36).**

Cáncer.

En las mujeres aumenta el riesgo de padecer cáncer de endometrio, mama, vesícula y vías biliares. En el hombre se asocia especialmente al cáncer de colon, recto y próstata. **(García et al., 2009, pág. 36).**

2.2.9. Problemas psicológicos

La obesidad provoca en general trastornos psicológicos y de adaptación al medio. La depresión y la ansiedad se presentan con frecuencia. **(García et al., 2009, pág. 35).**

2.2.6.5. Diagnóstico

El índice de masa corporal (IMC) ha resultado útil para la evaluación en el adulto, y en tiempos recientes se ha recomendado para la evaluación de niños y adolescentes. El índice de masa corporal (IMC) en los niños, varía con la edad. Aumenta en el primer año, pero luego, disminuye y vuelve a aumentar a partir de los 6 años de edad. Para obtener el índice de masa corporal, se utiliza la siguiente fórmula:

PESO (Kg.) …….= IMC TALLA²(Mts.)

Este índice de masa corporal se compara con las tablas de

normalidad que aparecen en el anexo. Se clasifica como obeso al aumento por encima del percentil 95 y en sobrepeso el niño con un IMC superior al percentil 85.

2.2.6.6. Prevención

Puntos importantes para prevenir la obesidad infantil son la promoción de lactancia materna, revisión y discusión de conductas alimentarias en la familia haciendo énfasis en la limitación de bebidas azucaradas y carbohidratos procesados. Se debe estimular el consumo de vegetales verdes y carbohidratos complejos y el consumo de agua y leche en lugar de gaseosas (sodas) y jugos. Como meriendas se debe promover el consumo de frutas frescas y lácteos. Obviamente debe prohibirse bebidas alcohólicas en el adolescente. **(Lizardo & Díaz, 2011, pág. 210)**

Se podría considerar que la dieta es la piedra angular del tratamiento de la obesidad, entendiendo por dieta una orientación nutricional diferente según cada paciente. Así es importante, la forma de comer, la cantidad y el tipo de alimentos a consumir, el modo de distribuirlos a lo largo del día... Es decir, la popularmente conocida como “dieta equilibrada”, tan comentada en los últimos tiempos, tan de moda actualmente y que en la práctica requiere de todo un aprendizaje en alimentación y en nutrición. Por ello, hoy día sería más afortunado hablar de “normas alimentarias” o también “hábitos alimentarios”, que no es ni más ni menos que un plan estructurado, pero abierto, encaminado a reducir el aporte energético.

La intervención se basa en realizar consejos educativos a toda la población con especial enfoque hacia las familias, la población infantil y los distintos ámbitos sociales que les rodean: guardería, escuela, centros de salud, comunidad,

ámbito legislativo y medios de comunicación. **(Güemes & Muñoz, 2015, pág. 421)**

Los consejos forman parte del estilo de vida sana, que se adaptará a la edad del paciente, y las características socioculturales. El objetivo es promover y modelar actitudes positivas hacia la alimentación y la actividad física, sin centrarse en el peso corporal para evitar efectos adversos como los trastornos de la alimentación. Se realizará en los controles de salud programados y también de forma oportunista. **(Güemes & Muñoz, 2015, pág. 421)**

2.3. Definición de términos

2.3.1. Obesidad Infantil

Según la organización mundial de la salud (OMS) la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

2.3.2. Índice de Masa Corporal (IMC)

Indicador antropométrico más práctico, económico y de uso universal para clasificar la presencia de sobrepeso y obesidad. Es igual al peso expresado en kilogramos dividido entre la estatura expresada en metros al cuadrado. IMC = peso (kg)/talla (m)2.

2.3.3. Hábitos alimentarios

Según la Fundación Española de la nutrición (FEN), los hábitos alimentarios son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales.

2.3.4. Sedentarismo

Inactividad física o falta de ejercicio

2.3.5. Actividad física

Según la organización mundial de la salud (OMS) Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

2.3.6. Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas son la talla, el peso y los perímetros corporales.

2.3.7. Peso

El peso es el indicador global de la masa corporal más fácil de obtener y de reproducir.

2.3.8. Talla

Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.

2.3.9. Niño/Niña

Ser humano que no ha llegado a la pubertad.

2.4. Hipótesis de la Investigación

2.4.1. Hipótesis general

Las causas de obesidad infantil influyen en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.

2.4.2. Hipótesis específicas

Los hábitos alimentarios influyen en el peso en los menores de 10 años

El grado de sedentarismo influye en el peso en los menores de 10 años

La actividad física influye en el peso y talla en los menores de 10 años

2.5. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores
Variable independiente (X): Estilo de vida	"Concepto sociológico que define la orientación de los intereses, opiniones, comportamientos y conductas de un individuo, grupo o cultura" (March, 2020).	X1: Hábitos alimentarios X2: Grado de sedentarismo X3: Actividad física	X1.1: Alimentación saludables X1.2: Alimentación no saludables X2.1: hora X2.2: día X2.3: semana X3.1: tiempo de actividad física X3.2: frecuencia de la actividad física
Variable dependiente (Y): Obesidad infantil	"Enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de grasa que a su vez se traduce en un aumento de peso" (García et al., 2009).	Y1: Medidas antropométricas	Y1.1: Peso Y1.2: Talla Y1.3: Edad

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

Cualitativo descriptivo correlacional

3.1.1. Tipo

El presente trabajo de investigación corresponde al diseño no experimental, transversal, correlacional.

Es no experimental porque no se manipula a las variables, se las investiga según como está ocurriendo en la realidad. Investigación no experimental son "Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos" **(Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 152)**.

Es transversal por que se realiza en un momento determinado de tiempo es decir en el año 2020.

Es correlacional puesto que va a estudiar la relación de ambas variables.

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. **(Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 93)**

3.1.2. Nivel

Corresponde al nivel descriptivo.

Estudios descriptivos Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. **(Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 92)**

3.1.3. Enfoque

El trabajo será diseñado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cualitativo, puesto que es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación.

Enfoque cualitativo: "Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías" **(Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 4)**.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población en estudio comprende a los niños menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura durante el periodo del año 2020. Que son un total de 138 niños, tanto del sexo masculino como del femenino respectivamente.

3.2.2. Muestra

La muestra es definida por lo referido por Carrasco Diaz S. **en lo que concierne a muestras, pero para poblaciones pequeñas es decir menos de 500 sujetos y que al respecto en mi trabajo de investigación e tomado a la mitad más uno de acuerdo A JUICIO DE LA INVESTIGADORA.**

3.3. Técnicas para el procedimiento de la investigación

En el presente trabajo de investigación se va a emplear la técnica de la observación directa por cuanto se va utilizar como instrumento de investigación la entrevista.

3.4. Técnicas para el procedimiento de la información

Para el procesamiento y tabulación de los datos de la presente investigación usaremos programas estadísticos específicamente el SPS ya que es el programa que más se acomoda a nuestra investigación.

CAPITULO IV: ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1. Cuadro de resultados de aplicación de la encuesta.

Tabla 2. Datos antropométricos de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	PESO	TALLA
1		7	25	1.27
2		8	22	1.22
3		7	24	1.30
4		8	20	1.18
5		7	28	1.25
6		7	30	1.27
7		8	33	1.27
8		8	24	1.27
9		7	24	1.22
10		8	24	1.25
11		7	29	1.24
12		7	23	1.30
13		7	28	1.24
14		7	29	1.27
15		7	21	1.19
16		8	24	1.22
17		8	23	1.17
18		7	28	1.19
19		9	29	1.30
20		7	25	1.27
21		8	24	1.36
22		7	26	1.24
23		7	26	1.19
24		7	21	1.16
25		9	26	1.30
26		8	39	1.34
27		8	36	1.33
28		7	34	1.30
29		7	23	1.23
30		8	26	1.24
31		7	23	1.20
32		7	21	1.20
33		7	28	1.23
34		7	24	1.25
35		8	28	1.24
36		7	20	1.14

37		7	28	1.25
38		8	28	1.30
39		7	30	1.24
40		8	32	1.26
41		7	23	1.26
42		8	39	1.23
43		7	35	1.27
44		7	22	1.21
45		7	22	1.26
46		7	28	1.25
47		8	35	1.29
48		7	21	1.22
49		7	22	1.18
50		8	23	1.21
51		7	18	1.17
52		8	21	1.18
53		7	24	1.22
54		8	24	1.25
55		8	21	1.22
56		7	20	1.19
57		7	24	1.18
58		8	26	1.25
59		8	24	1.19
60		7	25	1.23
61		7	20	1.16
62		8	27	1.24
63		8	27	1.27
64		7	19	1.19
65		7	20	1.17
66		7	21	1.15
67		8	25	1.24
68		7	22	1.19
69		8	32	1.26
70		8	28	1.26

Fuente: Los autores.

Tabla 3. Edades de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD		
		7	8	9
1		x		
2			x	
3		x		
4			x	
5		x		
6		x		
7			x	
8			x	
9		x		
10			x	
11		x		
12		x		
13		x		
14		x		
15		x		
16			x	
17			x	
18		x		
19				x
20		x		
21			x	
22		x		
23		x		
24		x		
25				x
26			x	
27			x	
28		x		
29		x		
30			x	
31		x		
32		x		
33		x		
34		x		
35			x	
36		x		
37		x		
38			x	
39		x		

40			x	
41		x		
42			x	
43		x		
44		x		
45		x		
46		x		
47			x	
48		x		
49		x		
50			x	
51		x		
52			x	
53		x		
54			x	
55			x	
56		x		
57		x		
58			x	
59			x	
60		x		
61		x		
62			x	
63			x	
64		x		
65		x		
66		x		
67			x	
68		x		
69			x	
70			x	
TOTAL		41	27	2
TOTAL, PORCENTAJE		59%	39%	2%

Fuente: La autora.

Figura 1. Distribución de edades de los niños menores de 10 años

Interpretación:

En la muestra estudiada de un total de 70 niños menores de 10 años del AA.HH. Santa Rosa - Huaura – 2020, encontramos que el 59% (42 niños) tienen 7 años que es el mayor número de edad, el 39% (27 niños) tienen 8 años y el 2% (2 niños) tienen 9 años de edad.

Tabla 4. Sexo de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	SEXO	
		M	F
1			x
2			x
3			x
4			x
5		x	
6		x	
7		x	
8			x
9		x	
10			x
11		x	
12		x	
13		x	
14			x
15			x
16		x	
17		x	
18			x
19		x	
20			x
21			x
22		x	
23		x	
24			x
25			x
26		x	
27		x	
28		x	
29			x
30		x	
31			x
32			x
33			x
34		x	
35		x	
36		x	
37			x
38			x
39			x

40			x
41		x	
42		x	
43		x	
44			x
45		x	
46		x	
47			x
48		x	
49		x	
50		x	
51			x
52		x	
53		x	
54		x	
55		x	
56			x
57		x	
58		x	
59		x	
60		x	
61			x
62			x
63		x	
64		x	
65			x
66		x	
67		x	
68			x
69		x	
70			x
TOTAL		40	30
TOTAL, PROCENTAJE		57%	43%

Fuente: Los autores.

Figura 2. Distribución de sexo de los niños menores de 10 años de los niños del AA.HH. Santa Rosa – Huaura – 2020.

Interpretación:

En el trabajo de investigación de un total de 70 niños menores de 10 años del AA.HH. Santa Rosa - Huaura – 2020, encontramos que el 57% (40 niños) son del sexo masculino y el 43% (30 niños) son del sexo femenino.

Tabla 5. Diagnostico nutricional por IMC de los niños menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura – 2020.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	IMC	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL		
			Bajo peso	Normal	Sobrepeso
1		15.52	x		
2		14.76	x		
3		14.20	x		
4		14.39	x		
5		17.95	x		
6		18.63		x	
7		20.49		x	
8		14.90	x		
9		16.10	x		
10		15.38	x		
11		18.95		x	
12		13.61	x		
13		18.30	x		
14		18.01	x		
15		14.79	x		
16		16.11	x		
17		16.79	x		
18		19.72		x	
19		17.16	x		
20		15.53	x		
21		12.97	x		
22		16.88	x		
23		18.31		x	
24		15.56	x		
25		15.38	x		
26		21.79		x	
27		20.34		x	
28		20.12		x	
29		15.23	x		
30		16.88	x		
31		15.97	x		
32		14.58	x		
33		18.54		x	
34		15.38	x		
35		18.18	x		
36		15.38	x		
37		17.95	x		
38		16.57	x		
39		19.48		x	

40		20.12		x	
41		14.46	x		
42		25.83			x
43		21.74		x	
44		15.07	x		
45		13.84	x		
46		17.95	x		
47		21.08		x	
48		14.09	x		
49		15.83	x		
50		15.75	x		
51		13.14	x		
52		15.11	x		
53		16.11	x		
54		15.38	x		
55		14.09	x		
56		14.08	x		
57		17.27	x		
58		16.67	x		
59		16.90	x		
60		16.56	x		
61		14.92	x		
62		17.53	x		
63		16.72	x		
64		13.38	x		
65		14.60	x		
66		15.91	x		
67		16.34	x		
68		15.49	x		
69		20.12		x	
70		17.61	x		
TOTAL			55	14	1
TOTAL PORCENTAJE			79%	20%	1%

Fuente: La autora.

Figura 3. Diagnóstico nutricional de los niños menores de 10 años de los niños del AA.HH. Santa Rosa – Huaura – 2020.

Interpretación:

En el trabajo de investigación de un total de 70 niños menores de 10 años del AA.HH. Santa Rosa - Huaura – 2020, encontramos que el 79% (55 niños) tienen bajo peso, el 20 % (14 niños) tienen el peso normal y el 1% (1 niño) tiene sobrepeso.

Tabla 6. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
1	¿consumes con frecuencia embutidos?	Siempre	**8**	11
		Casi Siempre	**13**	19
		A veces	**28**	40
		Casi Nunca	**16**	23
		Nunca	**5**	7

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación: en la interrogante sobre el consumo de alimentos de embutidos encontramos que el 40% de los niños lo consume a veces y algunos casi nunca con un 23 % frente a un 19% que refiere que casi siempre lo consume y un 11% que lo hace desde siempre

Tabla 7. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH. Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
7	¿Consumes alimentos a base de harina? (pan, queques, galletas, etc.)	Siempre	5	7
		Casi Siempre	11	16
		A veces	24	34
		Casi Nunca	21	30
		Nunca	9	13

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de alimentos a base de harinas encontramos que el 30% refiere que casi nunca los consume, un 16% casi siempre, frente a un 13% que nunca lo hace, mientras que el 7% relata que siempre los consume.

Tabla 8. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
8	¿Consumes alimentos del grupo de los cereales?	Siempre	**3**	4
		Casi Siempre	**10**	14
		A veces	**12**	17
		Casi Nunca	**35**	50
		Nunca	**10**	14

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de alimentos del grupo de cereales, encontramos que un 50 % señala que casi nunca consume este tipo de alimentos, un 14% casi siempre lo hace, frente a un 14% que nunca lo consume, mientras que el 4 % relata que es parte de su dieta habitual.

Tabla 9. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
9	¿Consumes huevos?	Siempre	8	11
		Casi Siempre	12	17
		A veces	22	32
		Casi Nunca	18	26
		Nunca	10	14

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de huevos encontramos que un 26 % señala que casi nunca consume esta proteína, un 11 % casi siempre lo hace, frente a un 14% que nunca lo consume, mientras que el 11 % lo consumen regularmente.

Tabla 10. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
10	¿Consumes productos lácteos?	Siempre	16	24
		Casi Siempre	21	30
		A veces	22	31
		Casi Nunca	8	11
		Nunca	3	4

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de productos lácteos, alimentos de suma importa en una dieta balanceada para los niños, encontramos que un 31 % señala que a veces los consume, mientras que un 30% casi siempre lo hace, inverso a un 4% que refiere que no los consume, mientras que el 24 % relata que es parte de su consumo diario.

Tabla 11. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
11	¿Tomas a diario infusiones como desayuno?	Siempre	**21**	30
		Casi Siempre	**15**	21
		A veces	**16**	23
		Casi Nunca	**6**	9
		Nunca	**12**	17

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de infusiones en el desayuno, encontramos que un 30 % señala que siempre consumen este tipo de bebidas, mientras que un 23% a veces lo hace, inverso a un 17% que refiere que no los consume.

Tabla 12. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
12	¿Consumes alimentos del grupo de las verduras?	Siempre	10	14
		Casi Siempre	21	30
		A veces	22	32
		Casi Nunca	9	13
		Nunca	8	11

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo del grupo de verduras alimentos fuentes de potasio, magnesio entre otras vitaminas, encontramos que un 32 % señala que a veces los consume, mientras que un 30 % casi siempre lo hace, inverso a un 11% que refiere que son alimentos que no están en su dieta diaria, mientras que el 14 % relata que habitualmente lo consumen.

Tabla 13. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
13	¿Consumes alimentos del grupo de las frutas?	Siempre	11	16
		Casi Siempre	1	2
		A veces	24	34
		Casi Nunca	19	27
		Nunca	15	21

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo del grupo de las frutas, alimentos necesarios en el desarrollo de los niños debido a su alto contenido de vitaminas y fibras, encontramos que un 27 % señala que casi nunca consumen este tipo de alimentos, mientras que un 2% casi siempre lo hace, inverso a un 21% que refiere que son alimentos que no están en su dieta diaria, mientras que el 16 % relata que siempre lo consumen.

Tabla 14. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
14	¿tu alimentación es a base de carne de pescado, pollo o res?	Siempre	7	10
		Casi Siempre	10	14
		A veces	19	27
		Casi Nunca	23	33
		Nunca	11	16

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de alimentos de origen animal fuentes de proteínas de calidad, al igual que lípidos estructurales necesarios para el desarrollo del sistema nervioso central y de la retina, encontramos que un 33 % señala casi nunca los consume, mientras que un 27% a veces lo hacen, inverso a un 11 que refiere que son alimentos que no están en su dieta diaria, mientras que el 10 % señala que siempre consumen.

Tabla 15. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
15	¿consumes por lo general gaseosas y otras bebidas procesadas?	Siempre	36	51
		Casi Siempre	10	14
		A veces	8	12
		Casi Nunca	10	14
		Nunca	6	9

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020".

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de gaseosas y otras bebidas procesadas principal motivo de diferentes enfermedades como obesidad, caries entre otras, encontramos que un 51 % señala que regularmente consumen este tipo de bebidas, mientras que un 14% casi nunca lo hacen, inverso a un 9 % que refiere que sus padres no los dejan consumir este tipo de bebidas,

Tabla 16. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
16	¿Consumes menestras?	Siempre	12	17
		Casi Siempre	8	11
		A veces	23	33
		Casi Nunca	16	23
		Nunca	11	16

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo menestras alimentos con mucha proteínas, carbohidratos y minerales fuentes de vitaminas y energía, encontramos que un 23 % señala casi nunca los consume, mientras que un 33% a veces lo hacen, inverso a un 16 que refiere que son alimentos que no están en su dieta diaria, mientras que el 17 % señala que siempre consumen.

Tabla 17. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
17	¿Consumes con frecuencia frituras?	Siempre	22	31
		Casi Siempre	8	11
		A veces	20	29
		Casi Nunca	13	19
		Nunca	7	10

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo frituras, alimentos nocivos debido a la acumulación de colesterol y triglicéridos, encontramos que un 31 % señalan que siempre los consumen, mientras que un 19 % casi nunca lo hacen, inverso a un 10 que refiere que son alimentos que no están en su dieta diaria.

Tabla 18. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
18	¿Consumes alimentos de noche?	Siempre	17	24
		Casi Siempre	8	11
		A veces	12	17
		Casi Nunca	22	32
		Nunca	11	16

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de alimentos en horas nocturnas, encontramos que un 32 % señala casi nunca tienen este hábito, mientras que un 17% a veces lo hacen, inverso a un 16 que refiere que no es su costumbre, mientras que el 24 % señala que siempre lo hacen

Tabla 19. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
19	¿Consumes alimentos chatarra?	Siempre	22	32
		Casi Siempre	8	11
		A veces	12	17
		Casi Nunca	17	24
		Nunca	11	16

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del aa. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de comida chatarra de forma habitual en los niños las cuales tienen la particularidad de la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes infantil, obesidad, colesterol alto, hipertensión y enfermedades cardíacas en la edad adulta, encontramos que un 32 % señala siempre consume este tipo de comidas, mientras que un 24% a veces lo hacen, inverso a un 16 que refiere que no lo hacen.

Tabla 20. Tabulación de la variable obesidad en el trabajo: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020"

N°	INDICADORES	INTENSIDAD	FRECUENCIA N°	FRECUENCIA %
20	¿Consumes pollo a la brasa?	Siempre	11	16
		Casi Siempre	8	11
		A veces	22	32
		Casi Nunca	17	24
		Nunca	12	17

FUENTE: Encuesta aplicada en el trabajo de investigación: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del A.A HH Santa Rosa – Huaura-2020"

Interpretación:

En la interrogante sobre el consumo de pollo a la brasa, encontramos que un 32 % señala casi a veces lo hace, mientras que un 24% casi nunca frente a un inverso a un 17 que refiere que no lo consume, mientras que el 16 % señala que siempre lo hacen

CAPITULO V:

DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo de investigación encontramos que en la variable causas de la obesidad en la niñez no encontramos causa alguna que promueva la obesidad en los niños materia de estudio, sin embargo en alguna medida si encontramos sobrepeso, resultados que son contradictorios a los encontrados por Ferrero & Vílchez (2017) con las mismas características de edad escolar, trabajo realizado en Argentina; estudio con casi parecida a la población de nuestro trabajo (75 niños) donde encontraron que el 30.67% de los niños tenían obesidad; pues al respecto la obesidad a través del tiempo se duplica o se cuadruplica como así lo refiere, Lizardo & Diaz (2011) donde refiere que esto sucede como un punto de referencia desde el año 1970 al 2000, pues la prevalencia de la obesidad seguirá aumentando. En el trabajo de Álvarez (2014) donde asocia el estado socioeconómico y la prevalencia de la obesidad infantil donde su población fue un poco más del doble que la nuestra en un grupo etario parecido al nuestro encontró al respecto que 15 niños tenían bajo peso y 100 niños con peso ideal notándose 40 niños con obesidad lo cual lo relaciono con su actividad física, caso muy peculiar a nuestros resultados.

Así también los estilos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en el trabajo realizado por Villalobos (2016), donde encontró entre el 11 % y 20.9 % de obesidad en niños y en niñas entre un 11,2 % y un 15,2 % respectivamente y por ende también en los trabajos de Tarazona Et-al. (2017), y cofre (2015).

Mientras que al nivel nacional Medina (2019) en su trabajo sobre obesidad realizada en una población infantil del departamento de Moquegua, encontró que 51,8 % de niños con sobrepeso y obesidad según los criterios de la OMS (2017), es decir que concluye que hay prevalencia de sobrepeso y obesidad tanto en niños como en niñas de dicha población, así también Aguilar (2011) , encontró en su trabajo que de acuerdo el peso para la edad (p/E) el 60,07% tenía peso normal para su edad, mientras que el 24,83% tenía sobrepeso y encontrando un 15,10% con obesidad de donde podemos observar que dicho trabajo

tiene relación alguna en cuanto a la normalidad del peso de nuestra población, así también podemos comparar nuestro trabajo con el de Domínguez, miss Pireta & Cols (2006) donde encuentra sobrepeso y algún grado de obesidad en su población en estudio y en lo que concierne a hábitos alimentarios Chávez y Mesa (2018) encontraron que no hay relación entre los hábitos alimentarios, el sobrepeso y la obesidad en los niños de su trabajo de estudio debido a que el estado nutricional de ,los niños es normal; trabajo parecido en alguna medida al nuestro por la naturaleza del consumo y hábitos que tienen en la forma de alimentarse, es decir podemos concluir que la obesidad siempre tiene una marcada presentación más cuando los estilos de vida alimentaria son desordenados.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación cuyo título es: "Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA.HH. Santa Rosa – Huaura-2020", hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Que en función a nuestro problema general, nuestros resultados son contradictorios ya que no hemos encontrado caso alguno de obesidad, más por el contrario en alguna medida hemos encontrado sobrepeso y lo alarmante en dicha población en estudio es de que los niños se encuentran con bajo peso, es decir que el bajo peso es prevalente, reflejándose en un 79% de la población en estudio y en lo que respecta al sexo, vemos que la mayor prevalencia es del sexo masculino lo cual está representado con un 57 % y en torno a la edad en el mayor número de casos son los de 7 años de edad.

2. En lo que se refiere a los hábitos alimentarios de los niños vemos que estos son negativos ya que no consumen alimentos de noche, tienen como habito consumir alimentos chatarra y preferentemente consumen gaseosas, su consumo de alimentos de alto valor nutritivo como carnes, entre ellas de pollo y pescado es deficitario tan igual como las menestras frutas y verduras y esto específicamente se observa muy notoriamente porque es un asentamiento humano ubicado en el distrito de Huaura donde por lo general la población es de inmigrantes.

3. En lo que concierne a la actividad física y a su grado de sedentarismo de los niños vemos la estrecha relación que tiene con sus hábitos alimentarios lo cual se configura con el bajo peso que tienen no obstante de que si hay una población que representa el 20% en condiciones normales donde los niños hacen actividades propias en lo que concierne a su crecimiento y desarrollo.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

En el presente trabajo de investigación cuyo título es: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA.HH. Santa Rosa – Huaura-2020”, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

1. Que de acuerdo a nuestro problema general formulado no encontramos causa alguna de obesidad que influya en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa – Huaura 2020, sin embargo, encontramos un sobrepeso en alguna medida de la población en estudio, lo cual está relacionado con sus estilos de vida y que al respecto recomendamos mejorar los estilos de vida de dicha población.

2. Que dada las circunstancias de que hemos encontrado un alto porcentaje de desnutrición, es urgente realizar un monitoreo sobre el crecimiento y desarrollo de los niños en estudio aquí como también impartirle charlas sobre educación alimentaria a los niños, tarea que bien puede hacerlo la posta médica que corresponde periféricamente a dicho AA.HH.

3. Que para efectos de lograr la recuperación inmediata de los niños en estudio es necesario que un equipo conformado por un médico, una enfermera, un nutricionista y una asistenta social hagan el seguimiento social y clínico de los niños en estudio, trabajo que bien puede realizarlo la posta médica cercana o que pertenece como jurisdicción al AA. HH. Santa Rosa del Distrito de Huaura.

4. Así también es necesario realizar una cruzada interinstitucional entre el municipio del distrito de Huaura, la posta médica y la institución educativa donde estudian los niños, para lo cual se deberá capacitar a los maestros y maestras de dichas instituciones con relación al mundo de los alimentos y en lo concerniente al alto valor nutritivo de los alimentos.

5. También se deben generar campañas de salud en dicho AA.HH, que tengan relación con educación alimentaria, despistaje de caries dental parasitosis y anemia en los niños en estudio.

6. Por otro lado, a través de la radio y la televisión local se debe inferir con mensajes de una alimentación saludable para los niños enfatizando que el consumo de alimentos chatarras son nocivos y por ende inculcarle con los profesionales del área buenos hábitos alimentarios, es más, dándole conocimiento a los padres de

familia con relación a la lonchera de los niños que en este caso tienen que ser nutritivas, teniendo en cuenta en todo momento la higiene de los alimentos.

7. Recomendamos también que los programas sociales deben desarrollar actividades, no solamente de entregas de alimentos que se hacen a la comunidad o instituciones educativas sino también que se debe consolidar un trabajo de seguimiento y monitoreo para ver las mejoras nutricionales en los niños, conjuntamente con los padres de familias los maestros y los que estén a cargo de los programas sociales.

CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFÍA

8.1. Fuentes bibliográficas

Lizardo, A, & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. Rev Med Hondur. Vol. 79, No. 4. P, 208-213.

Moreno, l, & Alonso, M. (Sin fecha), Obesidad. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/obesidad.pdf

Ireba, L. (2014). Sobrepeso y obesidad infantil: El ejercicio físico como herramienta principal en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil [en línea]. (Trabajo final de posgrado). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Ferrero, V, & Vilches, A. (2017). Prevalencia de obesidad en niños de edad escolar y su asociación con la escolaridad de su cuidador. (trabajo de investigación para la licenciatura en Nutrición). Universidad Nacional De Córdoba, Córdoba.

Álvarez, N. (2014). Influencia del nivel socioeconómico en la presencia de obesidad infantil en niños de 6 a 12 años. En dos escuelas primarias. (Tesis de Posgrado Grado a Obtener: Especialista en Medicina Familiar). Universidad Veracruzana, Veracruz.

Villalobos, T. (2016). Estilos de vida y factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España. (Tesis doctoral). Universidad Complutense De Madrid, Madrid.

Lozano, A., Rosas, J., Salazar, J., Tarazona J., Wilches., G. (2016). factores de riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en escolares de tres instituciones educativas de Cúcuta. Universidad de Pamplona, Cúcuta.

Cofré, C. (2015). El problema del sobrepeso y la obesidad infantil y sus interacciones con la actividad física, el sedentarismo y los hábitos nutricionales en Chile. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.

Medina, J. (2019). Sobrepeso y obesidad infantil en el hospital regional Moquegua. Revista de la Facultad de Medicina Humana. vol. n2. 16-26.

Aguilar, B. (2011). Prevalencia y factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en escolares de educación primaria de colegios estatales del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna 2010. (Título Profesional). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann –Tacna, Tacna.

Chávez, D, & Meza, L. (2018). Hábitos alimenticios, sobrepeso y obesidad en los niños del nivel inicial de la institución educativa Miguel Grau Seminario Del Asentamiento Humano Nuevo Ilo, Moquegua, 2017. (Título Profesional). Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa, Arequipa.

Calderón, J., Rosado, M., Silvera, V. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares. Rev Soc Perú Med Interna, vol 24, 163-169.

Camacho, J., Gordillo, L., Macias, A. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 39, N°3, 40-43.

Güemes, M, & Muñoz, M. (2015). Obesidad en la infancia y adolescencia. Pediatra Integral. XIX (6): 412–427. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp- content/uploads/2015/xix06/05/n6-412-427_Obesidad_Maria.pdf

Calla, D, & Cornejo, D. (2016). Relación entre actividad física y sobrepeso / obesidad en escolares de nivel primario de la institución educativa 40029 Ludwing Van Beethoven, Alto Selva Alegre, Arequipa 2016. (título profesional). Universidad Católica De Santa María, Arequipa.

Barrios, E., García, M., Murray, M., Ruiz, M., Santana, C., Suárez, M. (2011). Pautas de alimentación y actividad física de 0 a 18 años. Guía pediátrica de la alimentación. 13-121.

Recuperado de: http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2012/05/GUIA-ALIMENTACION-INFANTIL.pdf

Escribano, M., Fernández, C., Franco, E., Garrido, M., León, P., Lledó, P., Repilado, P. (2009). Guía de actuación en situaciones de sobrepeso. (2ª ed.). Madrid: PIXEL Creación y Producción Gráfica, S.L.

Aznar, S., Webster, T. (2009). Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación.3-109. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/Activid adFisicaSaludEspanol.pdf

García, W. (2019). Sedentarismo en niños y adolescentes: Factor de riesgo en aumento. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.1. pp. 1602-1624.

ANEXOS

ANEXO 01

1. Cuadro de clasificación

Cuadro 1. Índice de Masa Corporal

Percentil	Definición
< percentil 5	Bajo peso
5-85 percentil	Peso adecuado
85-95 percentil	Sobrepeso
96-99 percentil	Obesidad
> percentil 99	Obesidad Mórbida

Fuente: Lizardo, A, & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. Rev Med Hondur. Vol. 79, No. 4. P, 208-213.

2. Complicaciones del sobrepeso y obesidad en la infancia

Cuadro 3. Complicaciones del sobrepeso y obesidad en la infancia

Alteraciones endocrinológicas	Síndrome metabólico, dislipidemia, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de ovario poliquístico, hiper androgenismo, pubertad temprana
Sistema cardiovascular	Hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, incremento formación de placa ateromatosa
Sistema respiratorio	Asma , apnea obstructiva del sueño, hipertensión pulmonar
Sistema gastrointestinal	Hígado graso no alcohólico, mayor riesgo de colelitiasis
Sistema osteomuscular	Deslizamientos epifisiarios, escoliosis
Piel y anexos	Acantosis nigricans, estrías, mayor predisposición intertrigo candidiásico, queratosis pilaris
Sistema nervioso central	Pseudotumor cerebro, hipertensión endocraneana idiopática
Implicaciones psicológicas	Baja autoestima, riesgo de trastornos de alimentación, aislamiento social

Adaptado[40]

Fuente: Lizardo, A, & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. Rev Med Hondur. Vol. 79, No. 4. P, 208-213.

3. Las Pirámides de Actividad Física para niños, niñas y adolescentes

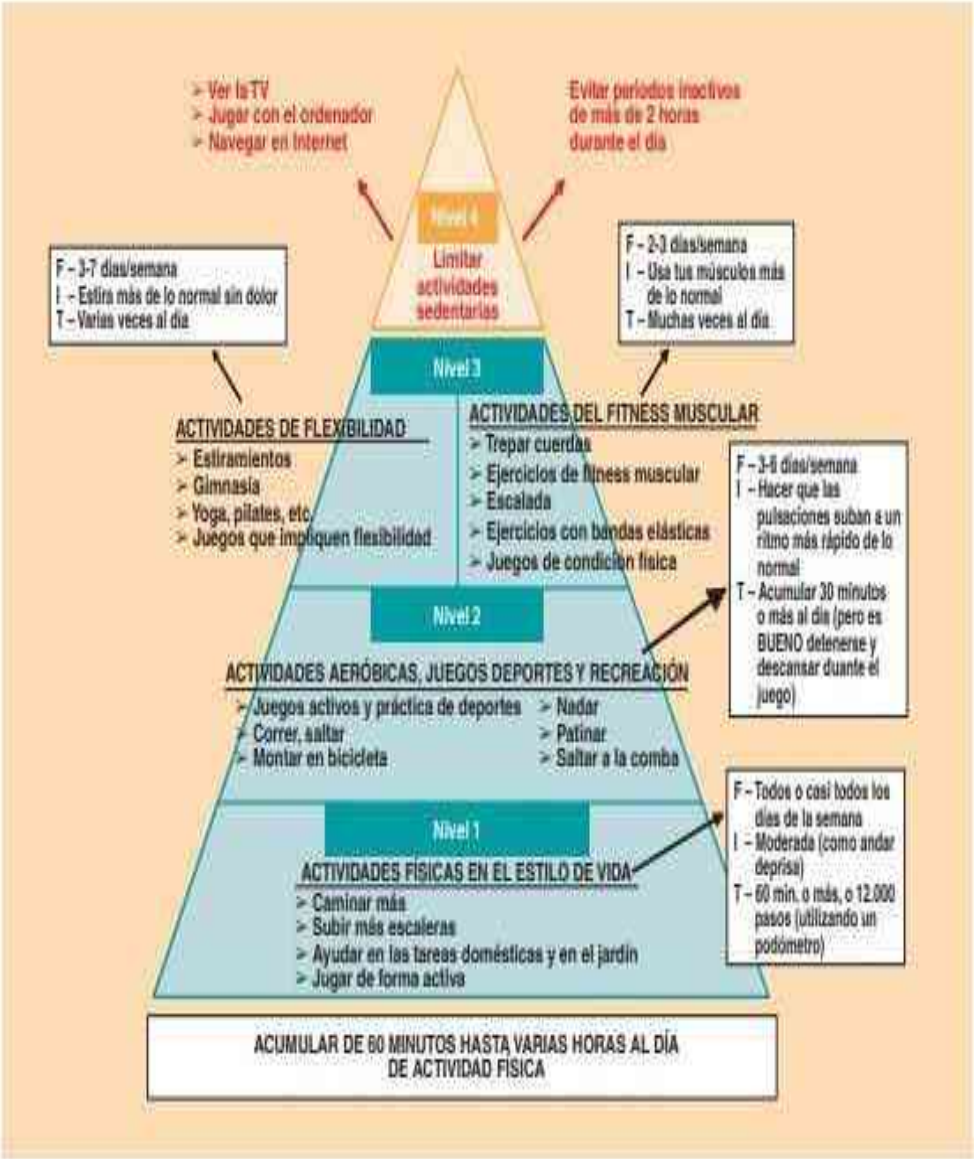

Figura 9. La Pirámide de Actividad Física infantil. (Adaptada de C.B. Corbin and R. Lindsey, 2007, Fitness for Life, Updated 5th ed, page 64. © 2007 by Charles B. Corbin and Ruth Lindsey. Reprinted with permission from Human Kinetics [Champaign, IL]).

Fuente: Aznar, S., Webster, T. (2009). Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación.3-109.

ANEXO 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	ÍTEMS
"identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura- 2020"	**Problema general** ¿De qué manera las causas de obesidad infantil influyen en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa-Huaura-2020? **Problemas específicos** ¿De qué manera influye los hábitos alimentarios en el peso en los menores de 10 años? ¿En qué medida el grado de sedentarismo	**Objetivo general** Determinar de qué manera las causas de obesidad infantil influyen en el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa-Huaura-2020. **Objetivos específicos** Determinar de qué manera influye los hábitos alimentarios en el peso de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.	**Hipótesis general** Existe una relación significativa entre las causas de obesidad infantil y el estilo de vida de los niños del centro poblado Santa Rosa-Huaura-2020. **Hipótesis específicas** Los hábitos alimentarios inciden en el peso de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020.	**Variable independiente:** Estilo de vida **Variable dependiente:** Obesidad infantil	**Tipo de investigación:** El tipo de estudios de la presente investigación es básico. **Diseño metodológico:** Diseño no experimental, transversal, correlacional. **Nivel de investigación:** Corresponde al nivel descriptivo. **Enfoque** El trabajo será diseñado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cuantitativo.	• ¿Consumes con frecuencia embutidos? • ¿Consumes alimentos a base de harina? • ¿Consumes alimentos del grupo de los cereales? • ¿Consumes huevos? • ¿Consumes productos lácteos? • ¿Tomas a diario infusiones como desayuno? • ¿Consumes alimentos del grupo de las verduras? • ¿Consumes alimentos del grupo de las frutas? • ¿tu alimentación es a base de carne

	influye en el peso en los menores de 10 años? ¿De qué manera la actividad física influye en el peso y talla en los menores de 10 años?	Determinar en qué medida el grado de sedentarismo influye en el peso de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020. Conocer de qué manera la actividad física influye con el peso y talla de los niños del centro poblado Santa Rosa-Huaura-2020	El grado de sedentarismo influye en el peso de los niños del centro poblado Santa Rosa- Huaura-2020. La actividad física influye positivamente en el peso y talla de los niños del centro poblado Santa Rosa-Huaura-2020.			de pescado, pollo o res? • . ¿consumes por lo general gaseosas y otras bebidas procesadas • ¿Consumes menestras? • ¿Consumes con frecuencia frituras? • . ¿Consumes alimentos de noche? • ¿Consumes alimentos chatarra? • ¿Consumes pollo a la brasa?

ANEXO 03

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS DEL AA.HH. SANTA ROSA – HUAURA

ANEXO 04

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS DEL AA.HH. SANTA ROSA – HUAURA

ANEXO 05

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS DEL AA.HH. SANTA ROSA – HUAURA

ANEXO 06

La presente entrevista se aplicó en el trabajo de Investigación: “Identificación de las causas de obesidad infantil y estilo de vida en menores de 10 años del AA. HH Santa Rosa – Huaura-2020”, para trabajo de tesis de la facultad de Bromatología y Nutrición de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Interrogantes:

1. ¿Consumes con frecuencia embutidos?

   a) Siempre
   b) Casi siempre
   c) A veces
   d) Casi nunca
   e) nunca

2. ¿Consumes alimentos a base de harina?

   a) Siempre
   b) Casi siempre
   c) A veces
   d) Casi nunca
   e) nunca

3. ¿Consumes alimentos del grupo de los cereales?

   a) Siempre
   b) Casi siempre
   c) A veces
   d) Casi nunca
   e) nunca

4. ¿Consumes huevos?

   a) Siempre
   b) Casi siempre
   c) A veces
   d) Casi nunca
   e) nunca

5. ¿Consumes productos lácteos?

   a) Siempre
   b) Casi siempre
   c) A veces
   d) Casi nunca

e) nunca

6. ¿Tomas a diario infusiones como desayuno?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

7. ¿Consumes alimentos del grupo de las verduras?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

8. ¿Consumes alimentos del grupo de las frutas?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

9. ¿tu alimentación es a base de carne de pescado, pollo o res?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

10. ¿consumes por lo general gaseosas y otras bebidas procesadas?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

11. ¿Consumes menestras?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

12. ¿Consumes con frecuencia frituras?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

13. ¿Consumes alimentos de noche?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

14. ¿Consumes alimentos chatarra?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca

15. ¿Consumes pollo a la brasa?

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) nunca