



Facultad de Ciencias de la Salud

“Estilos de vida y obesidad en niños y niñas, atendidos en el consultorio de
pediatría de un hospital público, San Martín, 2022”

Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería
Pediátrica

Presentado por:


Autora: Lescano Pachamora Evelyn

Orcid: 0000-0003-2121-8677

Asesora: Dra. Bernardo Santiago Grisi

Orcid: 0000-0002-4147-2771

Lima – Perú, 2022

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **LESCANO PACHAMORA EVELYN** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "....." **“ ESTILOS DE VIDA Y OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS, ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO, SAN MARTIN, 2022”** Asesorado por el docente: Dra. Grisi Bernardo Santiago.

DNI ... 10041765 ORCID... <https://orcid.org/0000-0002-4147-2771>..... tiene un índice de similitud de () () % con código __oid:_____ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor 1

Firma de autor 2

LESCANO PACHAMORA EVELYN Nombres y apellidos del Egresado

DNI: 44414911

DNI:



Firma

Dra. Grisi Bernardo Santiago..

DNI:10041765.....

Lima, ...27...de.....abril..... de.....2023.....

“Estilos de vida y obesidad en niños y niñas, atendidos en el consultorio de pediatría de un hospital público, San Martín, 2022”

DEDICATORIA

Al Ser Divino que ilumina mi camino.

A mis padres quienes me apoyaron todo
el tiempo.

A y mis hijos Mathías y Saory por su
apoyo, motivación y alentarme a cumplir
con este objetivo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi Segunda Especialidad y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mi institución con cariño

Asesora:
Dra. Bernardo Santiago, Grisi

JURADO

Presidente: Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario: Mg. Rosa María Pretell Acuilar

Vocal: Dra. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

ÍNDICE

RESUMEN.....	x
1. CAPITULO: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación.....	4
1.4.1 Justificación Teórica.....	4
1.4.2 Justificación Metodológica	5
1.4.3 Justificación Practica.....	5
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	5
1.5.1 Temporal.....	5
1.5.2 Espacial.....	6
1.5.3 Población o unidad de análisis.....	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES	7
2.1.1. Antecedentes internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	9
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1. Estilos de vida	12
2.2.2. Teorías de estilos de vida	13
2.2.3. Tipo de actividad física.....	17
2.2.4. Evolución histórica de los estilos de vida	18
2.2.5. Definición conceptual de las dimensiones de estilos de vida	19
2.3. Formulación de hipótesis.....	27
2.3.1. Hipótesis General.....	27
2.3.2. Hipótesis específicas.....	28
3. METODOLOGÍA	28
3.1. Método de la investigación	28
3.2. Enfoque de la investigación.....	28

3.3. Tipo de investigación	29
3.4. Diseño de la investigación	29
3.5. Población, muestra y muestreo	30
3.5.1. Población	30
3.5.2. Muestra	30
3.5.3. Muestreo	31
3.5.4. Criterios de inclusión	31
3.5.5. criterios de exclusión	31
3.6. Variables y operacionalización	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.7.1. Técnica	33
3.7.2. Descripción de instrumentos	34
3.7.3. Validación	35
3.7.4 Confiabilidad	35
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.9. Aspectos éticos	36
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	38
4.1. Cronograma de actividades	38
4.2. Presupuesto	39
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	46

Anexo 1: Matriz de consistencia.

Anexo 2: Instrumentos

Anexo 3: Formato de consentimiento Informado

Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin

RESUMEN

Introducción: La obesidad infantil está aumentando en la mayoría de las regiones y países. La obesidad en la niñez se asocia con mayores factores de riesgo y mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes en la edad adulta. **Objetivo:** Determinar cómo los estilos de vida se relacionan con la obesidad en niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022. **Métodos:** estudio de tipo aplicado, el método es Hipotético Deductivo cuantitativo, correlacional y transversal. La muestra censal estará constituida por 119 niños y niñas de un hospital público, San Martín. Se usará la encuesta para aplicar dos cuestionarios en escala de tipo Likert adaptados por Meza C., Moral J. para la población objetivo, están validados y son confiables para medir las variables en cuestión. Los datos recolectados serán procesados en SPSS 25 y las hipótesis se probarán usando la prueba estadística del coeficiente de correlación de Spearman dado la naturaleza cualitativa de las variables.

Palabras claves: estilos de vida, obesidad, actividad física, pediatría.

ABSTRAC

Introduction: Childhood obesity is increasing in most regions and countries. Obesity in childhood is associated with increased risk factors and higher prevalence of cardiovascular disease, coronary heart disease, hypertension and diabetes in adulthood. **Objective:** To determine how lifestyles are related to obesity in children attending the pediatric clinic of a public hospital, San Martín, 2022. **Methods:** applied type study, the method is hypothetical deductive, quantitative, correlational and cross-sectional. The census sample will consist of 119 children from a public hospital, San Martín. The survey will be used to apply two Likert-type questionnaires adapted by Meza C., Moral J. for the target population, they are validated and reliable to measure the variables in question. The data collected will be processed in SPSS 25 and the hypotheses will be tested using Spearman's correlation coefficient statistical test given the qualitative nature of the variables.

Key words: lifestyles, obesity, physical activity, pediatrics.

1. CAPITULO: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La obesidad infantil está aumentando en la mayoría de las regiones y países (1). La obesidad en la niñez se asocia con mayores factores de riesgo y mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes en la edad adulta (2). Los niños con obesidad ya corren el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, ya que tienen una alta prevalencia de comorbilidades como hipertensión, dislipidemia y resistencia a la insulina (3). El síndrome metabólico es un grupo de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, incluida la circunferencia de la cintura, medidas de dislipidemia que incluyen triglicéridos elevados y colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) bajo, medidas de resistencia a la insulina generalmente expresadas por glucosa plasmática en ayunas e hipertensión arterial (4). La prevalencia del síndrome metabólico en niños oscila entre el 6,0 % y el 39,0 %, según los criterios de definición aplicados. La identificación en una etapa temprana de la vida de los niños de alto riesgo está indicada para implementar programas adecuados de detección del síndrome metabólico y sus componentes individuales (5).

La obesidad infantil tiene un carácter multifactorial en el que intervienen factores ambientales que incluyen malos hábitos alimentarios y falta de actividad física. Estos malos hábitos alimenticios incluyen factores tanto escolares como familiares como comer en exceso, consumir alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, sal y azúcar y bajos en fibra, no comer suficientes frutas y verduras frescas, no comer en la mesa, y haciendo otra actividad juntos (6). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el periodo 2017, la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años se ha multiplicado por 10 en las últimas cuatro décadas (7). Un estudio publicado por la OPS y la OMS, que analizó el peso y la talla de casi 130 millones de personas en cinco años (31,5 millones entre 5 y 19 años), mostró que la tasa global de obesidad entre niños y adolescentes ha disminuido de 11. millones en 1975 ascienden a 124 millones en 2016; además, 213 millones tenían sobrepeso (8).

También existen problemas de sobrepeso y obesidad en el Perú. Según la OPS, Perú es el país latinoamericano con el aumento más rápido de la obesidad infantil en los últimos años. Los números lo confirman, con niños con sobrepeso y obesos de 5 a 9 años que alcanzan el 2,6% de la población en 2018. Esto significa que uno de cada cuatro adolescentes tenía un exceso de grasa almacenada en su cuerpo (9). Según una investigación realizada señala que ambos problemas prevalecen en las zonas urbanas de Perú y aumentan significativamente a medida que disminuye la pobreza. A nivel sectorial, 21% sobrepeso y el 8,2% obesidad en Lima, 15,5% sobrepeso y 7, % obesidad en Moquegua, 12,3% sobrepeso y 7,5% obesidad en Tacna, y 10,1% 5 años en Arequipa El sobrepeso predomina entre los niños de 9 años. Sobrepeso, 5. es obesidad. La deficiente alimentación y la inactividad son las causas principales que originan tanto la obesidad como el sobrepeso en el Perú. Oscar Boggio (consultor de la OMS) ha señalado que las dietas suelen basarse en alimentos ricos en carbohidratos (10).

Esta problemática se viene observado en el país, evidenciándose que, en la región de San Martín, menciona que el Ministerio de Salud (MINSa), desde el 2020, el 8,3 % de la población que son menores de 18 años sufrían de condiciones de incremento de peso y el 2,2 % morbilidad de exceso de peso. Según el informe de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), de 59453 niños de la región, 1234 sufren de obesidad; es decir, 2 de cada 100 niños entre 5 y 9 años de edad (11). La problemática de los sobrepesos y las personas con obesidad de San Martín están asociados con ciertos factores, entre ellos: B. El aumento de la urbanización y el mayor uso de elementos tecnológicos (teléfonos móviles, tabletas, computadoras, etc.) conducen a estilos de vida sedentarios, desarrollo de las organizaciones dedicadas a la venta de comida chatarra y la deficiente disponibilidad de productos nutritivos a bajo precio, de igual manera la inaccesibilidad, inexperiencia de lo que es una alimentación rica en nutrientes y saludables en América. Algunos de los factores mencionados afectan directamente a las familias (12).

En consultorio externo de pediatría del Hospital de Rioja II-1, según los datos estadísticos el porcentaje de niños con obesidad infantil que acude a dicho servicio es de 15%, durante el mes de octubre de 2021 (13). Hay tres factores principales que intervienen en la adopción de hábitos alimentarios. Familiares, medios de comunicación,

escuela. Para las familias es el primer contacto con los hábitos alimentarios. Esto se debe a que, durante la niñez y la adolescencia, sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la nutrición de su dieta, y sus hábitos son el resultado de estructuras sociales y culturales. Los miembros acordaron tácitamente (14). Del mismo modo, los padres tienen una gran influencia en los hábitos alimentarios de sus hijos y deben determinar la cantidad y calidad de los alimentos que se les proporcionan en esta etapa. Cada padre de familia representa un rol preponderante en la promoción y consecución de hábitos alimenticios saludable mediante la promoción y enseñanza para la buena salud. En tanto, los medios de comunicación y el grupo de amigos indican a los niños y niñas al consumo de bebidas como gaseosas, gaseosas, comida rápida y muchas frituras (15).

Es preciso mencionar, no existen estudios que demuestren esta situación y actualmente no se identificó la verdadera magnitud del problema que permita identificar las estrategias más adecuadas para prevenir y/o mitigar daños significativos tales como: Incremento. Prever e implementar enfermedades crónicas, enfermedades, enfermedades degenerativas y discapacidades que en el largo plazo conducen a altos costos de atención de salud y reducción del desarrollo nacional. En este sentido, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Como los estilos de vida se relaciona con la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona los hábitos alimentarios y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público?
- ¿Como se relaciona la actividad física y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación de los estilos de vida y la obesidad en niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la relación de los hábitos alimentarios y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público.
- Identificar la relación de la actividad física y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público.

1.4. Justificación

1.4.1 Justificación Teórica

Se sustenta en la teoría de Nola Pender, modelo de promoción de la salud que es ampliamente utilizado por las enfermeras porque puede comprender los comportamientos relacionados con la salud de las personas y, a su vez, guiar el desarrollo de comportamientos saludables.

Este estudio proporcionara información sobre los impactos del estilo de vida en la calidad de vida de los niños diagnosticados con problemas de obesidad. Las enfermeras conocen, manejan y aplican conocimientos preventivos en hábitos de salud y autocuidado de este tipo de pacientes para disminuir el riesgo de complicaciones graves que pueden derivarse de la condición de salud de este tipo de pacientes, por lo que los cuidadores deben capacitar a los cuidadores de niños para que tengan la conocimientos, habilidades y motivación para cuidar a los niños. y felicidad.

1.4.2 Justificación Metodológica

Los estudios del estilo de vida infantil y la obesidad es un tema interesante e importante. Los hallazgos permitirán a los cuidadores ver la realidad del problema existente de la obesidad infantil, implementar o proponer modelos de intervención para la promoción, diagnóstico y precauciones de tratamiento.

1.4.3 Justificación Practica

Esta investigación tiene relevancia porque los resultados obtenidos servirán como herramienta y guía para los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud para mejorar la calidad de vida de los niños obesos a través de la educación y el seguimiento continuo de la condición del niño.

El paciente, el cuidador, es un parte integral para lograr el mejor manejo de la obesidad, por el cual acepta su salud, comprende mejor la enfermedad y es más consciente de las diversas dolencias que pueden presentarse. Comprender estas complicaciones y llevar un estilo de vida adecuado puede contribuir así a la supervivencia a largo plazo y calidad de vida. Desarrollar intervenciones educativas para promover la salud y la prevención de enfermedades frente a este estilo de vida es responsabilidad de los cuidadores, como cuidadores de la salud, para aumentar el conocimiento de los niños, cuidadores y familias sobre la obesidad, en el supuesto de que elevés tu nivel, recibirán una herramienta invaluable. para el cuidado de su salud.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La investigación inicio el 01 de noviembre de 2021 y terminara el 30 noviembre de 2022. La ejecución se desarrollará después de la aprobación del

proyecto entre febrero y marzo del 2023. No se encontrará limitación, debido a que el cuidador del niño que desee participar en el proyecto de investigación, responderá el cuestionario en forma presencial.

1.5.2 Espacial

La investigación se efectuará en el consultorio externo de Pediatría del Hospital de Rioja II-1. No se encontraron limitación alguna en cuanto al lugar de la investigación.

1.5.3 Población o unidad de análisis

Estará constituida por un niño que asista al consultorio externo de Pediatría del Hospital de Rioja II-1.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Tester, et al ⁽¹⁶⁾, publicado el 2018, en su investigación tuvieron como objetivo “Evaluar las características sociodemográficas y estilo de vida de los preescolares de 2 a 5 años con obesidad severa (OS) en comparación con sus homólogos con peso normal, sobrepeso y obesidad”. El tipo fue básico, diseño no experimental. La población y muestra fueron 7028 niños tenían datos completos de peso y altura y compusieron la muestra del estudio. Resultados: La prevalencia de obesidad severa fue 2.1%. Los niños con OS tuvieron probabilidades más altas de ser una minoría racial y / o étnica en Afroamericano: odds ratio (OR): 1.7; que en Hispanos OR: 2.3, son de hogares con un nivel educativo más bajo OR: 2.4, familias con un solo padre OR: 2.0, y siendo de estrato social pobre OR: 2.1, no haber recibido lactancia materna se asoció con un aumento de las probabilidades de obesidad (OR: 1,5). La relación de la ingesta energética y la alimentación saludable en base al índice de alimentación saludable 2010, no fueron significativamente diferentes en los niños con OS y el resto. Conclusiones: Los niños de 2 a 5 años con OS parecen ser más propensos a ser de origen racial y / o étnica (afroamericanos versus hispanos), tienen mayores variaciones en los determinantes sociales, estilos de vida que sus pares y se asoció consistentemente con mayores probabilidades de obesidad y OS a los niños expuestos al doble de tiempo que sus pares frente a las pantallas (16).

Según, Tarazona, et al ⁽¹⁷⁾, publicado el 2018, en su investigación tuvo como objetivo “Identificar los posibles factores de riesgos relacionados con el exceso de peso infantil presente en escolares de tercero a quinto grado de primaria de los Colegios Domingo Savio, Instituto Técnico Guaimaral, Instituto Educativo Pedro Fortoul del municipio de San José de Cúcuta en el periodo 2016”. Esta investigación corresponde a un estudio descriptivo, observacional, de la población general de 437 estudiantes, se obtuvo una muestra de 142 niños. Los resultados muestran que el 23% de esta población tiene sobrepeso y un 17% presenta obesidad. Cuyo patrón de actividad física en los niños

se caracterizó por actividades sedentarias como ver televisión, uso de computadora, videojuegos, Smartphone, Tablet, etc. También se evidencio que el 60% de la totalidad de la muestra dedican 1-2 horas en actividades sedentarias antes mencionadas, teniendo un 13% de los escolares con sobrepeso, 10% obesos, el patrón de sueño de la mayoría de los escolares esta alterado, un 77 % de la población duerme 8 a 9 horas, encontrándose patrón de sueño de 9 horas en dos escolares con obesidad (17).

Sánchez, et al ⁽¹⁸⁾ publicado el 2017, el objetivo fue analizar la asociación entre los estilos de vida de escolares con sobrepeso y obesos”, la metodología fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, y corte transversal, muestra fue 154 escolares, técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que el 92% de los consumen chucherías, el gusto por los alimentos fritos 87%, de los cuales el 75% no practicaba deportes. Las conclusiones fueron que los altos porcentajes de preferencias alimentarias no saludables y de sedentarismo están acompañados de elevadas cifras en sus familiares, lo cual se evidenció en la muestra analizada de escolares con sobrepeso y obesos, quienes viven en ambientes obesos (18).

Álvarez, et al. ⁽¹⁹⁾ publicado el 2017, en Azogues: Ecuador, El objetivo fue “estimar la asociación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional”, la metodología fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal, muestra 1,745 escolares, la técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron, el 66% de hábitos alimentarios medio, un 25.4% calidad baja y 8.7 % alta calidad en sus hábitos alimentarios, la relación del estado nutricional y la calidad de hábitos alimentarios reflejó una calidad media 65.6% y baja 34.4% de hábitos alimentarios con sobrepeso, Las conclusiones fueron que el sobrepeso y la obesidad tuvieron una estrecha relación con los hábitos alimenticios e índice de masa corporal (19).

Carrión ⁽²⁰⁾ publicado el 2017, en Loja: Ecuador, realizaron un estudio para “Conocer los hábitos alimentarios, establecer el estado nutricional de los escolares y relacionar ambas variables”, la metodología fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, la muestra 167 escolares, la técnica utilizada fue

la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que 54% tiene hábitos alimentarios regulares, 32% malos y 14% buenos. El 58% tiene un IMC normal, 25% riesgo de sobrepeso, 13% sobrepeso, 4% bajo peso. Las conclusiones fueron que predominan los hábitos alimentarios regulares y malos donde hubo un porcentaje de sobrepeso y obesidad (20).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Prado, ⁽²¹⁾ tesis publicada 2019 en su investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación entre sobrepeso y obesidad con los estilos de vida de los niños en etapa escolar de la Institución Educativa N°82066, Huaraclla – 2018”. Realizó un estudio, de tipo descriptivo – correlacional, La población estuvo constituida por 180 estudiantes entre 6 años a 11 años, 11 meses y 29 días. Se recolectaron datos de peso y talla con instrumentos estandarizados para población pediátrica. Para determinar el estado nutricional, se utilizó el programa WHO AnthroPlus; mientras que, para identificar los estilos de vida, se utilizó el cuestionario de hábitos de vida de alimentación y actividad física para escolares. El resultado principal clave incluye: Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fue de 18,33% así como 4,44 %, de manera respectiva. Los números fueron más altos en hombres y en niños en edad escolar de 9 y 11 años. En cuanto al estilo de vida, 32% escolares se ubicaron en la dimensión estilo de vida pobre, 55% adecuado y 13% saludable. Los puntajes de estilo de vida inadecuado y adecuado fueron más altos en los hombres y se distribuyeron sin diferencias significativas entre los seis grupos de edad. El hallazgo de que no existe relación entre el estilo de vida y la prevalencia de sobrepeso y obesidad refuta la hipótesis (21).

Cerna, ⁽²²⁾ su estudio publicado el 2018, tuvo como objetivo “Determinar los estilos de vida y el estado nutricional de los estudiantes de Educación Básica Regular de la I.I.E.E “Antonio Guillermo Urrelo”- Cajamarca 2018”. La encuesta fue transversal y la muestra estuvo conformada por 136 estudiantes. Se utilizó un cuestionario estructurado. Resultados: 9,3% estudiantes mujeres, edad promedio 10 años. En el estado nutricional, el 22,1% presenta sobrepeso, el 10,3% obesidad

y el 2,2% insuficiencia ponderal. En cuanto al estilo de vida, el 33,8 % reportó haber bebido alcohol antes, el 66,2 % y el 98,5 % reportaron beber con frecuencia gaseosas y bebidas azucaradas, y el 8,6 % dijo consumir box lunch y mantener un estilo de vida saludable, no reportó nada. El 69,6% dijo que compraba comida chatarra. El 50,8% tiene consumo alto de agua pura por día (3- vasos) y el 29% tiene consumo bajo. 77,9 - Consumo diario distinto de frutas; el 55,9% informó comer verduras durante -7 días, el 6,1% informó comer pescado un día a la semana y el 6,5% informó no comer pescado. En cuanto a la actividad física, el 6,3% practica actividad física moderada (30-60 minutos al día) y el 30,9% es óptima. De igual forma, el 9,3% y el 6,7% de los estudiantes manifestaron pasar una hora al día frente al televisor o usando la computadora. Conclusiones: Hubo una alta proporción de niños con sobrepeso y obesidad. Un estilo de vida saludable tiene diferentes porcentajes tanto saludables como no saludables. la desventaja es mayor (22).

Goin, et al., ⁽²³⁾ en su trabajo académico publicado el 2018, tuvieron como objetivo: “Establecer los factores asociados al sobrepeso y la obesidad en niños”. Emplearon la revisión sistemática observacional y retrospectiva, la muestra se constituyó de 25 artículos, de los cuales 10 fueron seleccionados y sometidos a lectura crítica empleando la calificación de Jover para determinar el nivel de evidencia. Resultados: En la selección final de 10 artículos, el 0% (03) fue para Perú, el 20% (02) fue para Cuba, el 10% (1) fue para China, el 10% (1) fue para México y el 20% fue para a Argentina se encontró que correspondía a (1), Ecuador (1), Bolivia (1). De todos los artículos revisados críticamente, el 80 % identificó factores sociodemográficos, estilo de vida y actividad física, y el 20 % identificó anuncios poco saludables relacionados con el sobrepeso y la obesidad en los niños. CONCLUSIONES: Los factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en los niños fueron sociodemográficos (50%), estilo de vida (0%), actividad física reducida o ausente, mayor tiempo frente al televisor o la computadora y reducción del consumo de energía 10% por alimentos caros, anuncios de alimentos poco saludables. Hallazgos particularmente relevantes para las transiciones epidemiológicas en América Latina (23).

El material y método utilizado: las Revisiones sistemáticas de manera exploratoria y retrospectiva, la búsqueda se limitó a 25 artículos, de los cuales 10 fueron seleccionados y revisados críticamente mediante la evaluación de Jover para determinar su nivel de evidencia. Resultados: se seleccionaron 10 artículos en la selección final, encontramos que el 0% (03) corresponden a Perú, el 20% (02) encontramos a Cuba, mientras que el 10% (1) encontramos a China, el 10% (1) a México. 20 por ciento en Argentina (1), Ecuador (1) y Bolivia (1). Del total de artículos evaluados críticamente, el 80% identifica factores sociodemográficos, estilos de vida y actividad física, y el 20% identifica la publicidad no saludable asociada al sobrepeso y la obesidad infantil. Conclusiones: factores relacionados con el sobrepeso y la obesidad en niños, el 50% son factores sociodemográficos, el 0% estilo de vida, disminución y falta de actividad física y más tiempo frente a la televisión y la computadora, alimentos hipercalóricos y publicidad de 10 alimentos poco saludables. Hallazgos relacionados con la transición epidemiológica, especialmente en América Latina. (23)

Loayza y Muñoz ⁽²⁴⁾ investigación publicada el 2017, en Huancavelica: Perú, el objetivo fue “determinar la relación entre estilos de vida y estado nutricional”, la metodología fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, la muestra por 90 escolares, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Como resultado, de los 90 estudiantes, el 58,89 % presentaba una vida no saludable, el 27,78 % presentaba sobrepeso y riesgo de sobrepeso, el 3,33 % presentaba una alimentación normal, el 1,11 % presentaba un estilo de vida saludable. La conclusión fue que comían mal, no hacían actividad física, miraban televisión durante horas y eran sedentarios (35). Como resultado, de los 90 estudiantes, el 58,89 % presentaba una vida no saludable, el 27,78 % presentaba sobrepeso y riesgo de sobrepeso, el 3,33 % presentaba una alimentación normal, el 1,11 % presentaba un estilo de vida saludable. La conclusión fue que comían mal, no hacían ejercicio, miraban televisión durante horas y tenían trabajos sedentarios.

Flores, ⁽³⁶⁾, en su investigación publicado el 2017, cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia y que factores están asociados al sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 5 años del centro de salud San Francisco de la ciudad de Tacna en el año 2016”. Se realizaron mediante los estudios descriptivos, observacional, prospectivo y transversal. La población estuvo conformada por 2681 niños de 2 a 5 años, y la muestra de estudio estuvo conformada por 173 niños que cumplieron de 2 a 5 años de edad en el año 2016 y fueron atendidos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Encontraron una prevalencia del 7,5% para el sobrepeso y del 6% para la obesidad. La obesidad y el sobrepeso ocurren en niños que nacen con sobrepeso. La prevalencia de probabilidad específica (ORP) es de 5,95 a 95 % IC 2,19-16,20. La ingesta diaria de alimentos con azúcar añadido resultó en ORP de, 5 y 95 %. IC 1,01-20,1, presencia de madre con sobrepeso u obesidad dio un ORP de 3,62 IC 95% 1,16-11,0. Se concluyó que la prevalencia de sobrepeso fue de 12,1% (7,5% sobrepeso y 6% obesidad), con mayor prevalencia en el sexo masculino. Los factores asociados con el desarrollo de sobrepeso y obesidad en los niños fueron antecedentes de alto peso al nacer, consumo diario de alimentos azucarados y madres con sobrepeso u obesidad. (24)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estilos de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estilo de vida es una forma de vida fundada en esquemas de comportamientos definitivos por las particularidades personales e individuales, la interacción social y la interacción de las condiciones socioeconómicas y ambientales. en otras palabras, es el comportamiento de las personas cuando entran en contacto con factores perjudiciales para la salud; por tanto, los comportamientos o actitudes son concluyentes de la salud física y mental, los cuales están fuertemente relacionados con el bienestar; Además, un tercio de los sufrimientos del mundo se pueden prevenir mediante cambios de comportamiento (25).

Una forma de vida, un hábito o una forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes humanas que a veces son saludables ya veces no saludables. Los estilos de vida poco saludables son la causa de la mayoría de las enfermedades e involucran tres aspectos interrelacionados: material, social e ideológico (25).

Un estilo de vida, hábitos o formas de vivir es una serie de comportamientos o actitudes que despliegan las personas que pueden ser saludables o perjudiciales para su salud. Los estilos de vida que no son saludables están en la raíz de la mayoría de las enfermedades e involucran tres dimensiones interrelacionadas: material, social e ideológica (26).

Un estilo de vida, hábitos o formas de vida es una serie de comportamientos o actitudes que desdoblán las personas que a veces son saludables ya veces no saludables, que incluye tres aspectos interrelacionados de la ideología. Materialmente, se caracteriza por vivir, comer y vestir. Caracteriza socialmente tipos de familia, grupos de parentesco, redes de apoyo social y sistemas de apoyo como instituciones y clubes. Y a nivel ideológico, existen a través de las ideas, valores y creencias que establecen sus reacciones y acciones ante los acontecimientos de la vida (27).

El estilo de vida es muy importante y forma parte de las tendencias modernas de salud que se basan fundamentalmente en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Desarrollado para mejorar los factores de riesgo como la dieta poco saludable y la falta de ejercicio. Un estilo de vida saludable, que incluye una alimentación saludable, ejercicio y reducción del consumo de sal, es esencial (27).

2.2.2. Teorías de estilos de vida

Hábitos alimentarios relacionados con el sobrepeso y la obesidad; como un conjunto de hábitos que determinan el comportamiento de un individuo en relación con la alimentación y nutrición y se transmiten de generación en generación; es decir, son

manifestaciones reiteradas de comportamientos individuales y colectivos sobre qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué y quién come, directa e indirectamente adoptadas como parte de las prácticas socioculturales (28).

Existen principalmente tres factores en la adopción de hábitos alimentarios; familia, medios y escuela; En el caso de la familia, es la primera exposición a los hábitos alimentarios, pues sus miembros influyen fuertemente en la alimentación desde la niñez y continúan su conducta alimentaria hasta la adolescencia, y cuyos hábitos están condicionados por la estructura social y cultural que adoptaron por defecto. miembros (28).

Los hábitos alimentarios saludables comienzan en los primeros años de vida, cuando se introduce la lactancia materna exclusiva, que promueve un crecimiento saludable y mejora el desarrollo cognitivo; Además, puede ofrecer beneficios a largo plazo, como reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad y de padecer enfermedades no transmisibles más adelante en la vida (28).

Asimismo, la familia como lo es un padre o una madre muestran gran influencia en los hábitos alimenticios de sus menores y estos tienen la capacidad de decidir acerca de la cantidad y calidad de los alimentos ofrecidos en esta etapa; Los padres juegan un papel importante en la promoción y adopción de hábitos alimentarios saludables a través de la promoción y educación para la salud. Sin embargo, los niños y niñas son influenciados por los medios y amigos para tomar bebidas como refrescos, bebidas carbonatadas, comida rápida y muchas frituras; suelen comer fuera de casa (29).

Alimentación saludable. Alimentos saludables son aquellos que son útiles o beneficiosos para la salud o aquella que suministra. El cuerpo marcha a base de vitaminas, minerales y muchas sustancias y nutrientes que se obtienen de los alimentos. Sin embargo, además de ser importantes para las actividades diarias, sino que con una adecuada selección y planificación de los alimentos se pueden prevenir muchas enfermedades y

padecimientos, que muchas veces son causados por el consumo de alimentos poco saludables (29).

frutos. Es un alimento que no debe faltar en ninguna dieta saludable, pues de ellos provienen la mayor parte de las vitaminas que se necesitan a diario. (29)

Hortalizas. Las verduras desde siempre se han considerado un ejemplo de alimento saludable que debe formar parte de tu dieta. Es preciso mencionar que, las verduras de hoja verde almacenan una mayor cantidad de vitamina y nutriente. (29)

Cereales y legumbres. Los cereales y las legumbres siempre han tenido un papel importante en la historia de la alimentación, tanto por su bajo coste de producción como por su valor nutritivo (aportan energía y son bajos en grasas. (29)

Pescados. Aunque el pescado es un alimento animal, es rico en proteínas y bajo en grasas saturadas. También aporta muchos nutrientes y es rico en vitaminas y minerales, y ácidos grasos omega-3 recomendados para disminuir el colesterol y ayuda en la prevención de enfermedades del corazón. (29)

Carne. Es rica fuente de proteínas, vitamina B12, zinc, yodo, selenio y fósforo, esencial para la buena marcha del organismo. La carne blanca es más saludable porque tiene más proteínas y menos grasas que la carne roja. (29)

La comida chatarra. Los alimentos no saludables son alimentos que causan daño al cuerpo y corren el riesgo de enfermedades crónicas si se consumen en exceso, también tienen un alto contenido de energía, pero un valor nutricional bajo o nulo. Entre estos alimentos tenemos dulces, postres, refrescos, jugos de frutas envasados y comidas rápidas. (29)

caramelos. Los dulces se refieren a alimentos industriales o caseros que son nutricionalmente desequilibrados y altos en carbohidratos, grasas o sal. Estos productos aumentan la densidad energética y la proporción de energía procedente de las grasas y los

hidratos de carbono, pero carecen de otros nutrientes, lo que se debe a que las materias primas utilizadas están muy procesadas y su riqueza vitamínica es casi inexistente debido al tratamiento térmico. (29)

Refrescos y jugos de frutas envasados. Estas bebidas son ricas en azúcares fermentables que contribuyen a la obesidad y casi no tienen valor nutricional. Las personas que beben refrescos con regularidad tienen un mayor riesgo de osteoporosis porque el ácido fosfórico en estas bebidas afecta la pérdida ósea porque afecta el calcio. Altas concentraciones de ácido fosfórico pueden causar cambios en la secreción de una hormona que regula el metabolismo óseo y aumenta la pérdida ósea. (29)

Comida rápida. Se refiere a alimentos vendidos por establecimientos comerciales que se elaboran con métodos de producción convencionales y en base a ingredientes como hamburguesas, pollo, pescado, pizza, sándwiches, etc. Las comidas rápidas suelen ser altas en calorías, con suficiente proteína de calidad, pero demasiadas grasas y sodio, por lo que su alto consumo aumenta el riesgo de obesidad, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Algunos micronutrientes son de baja densidad, especialmente el calcio y la vitamina A (las zanahorias te ayudan a ver por la noche), las vitaminas B (los cereales integrales ayudan a tu cuerpo a obtener energía de los alimentos) y la vitamina C (las naranjas ayudan a que tu cuerpo sane cuando te cortas) (29).

Actividad física relacionado con el sobrepeso y la obesidad; según la Organización Mundial de la Salud (2018), define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía, ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas; es decir, una falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta; que se almacenarán en forma de tejido graso. Sin embargo, la cantidad y calidad de actividad física se ha reducido en la sociedad actual, cuando el consumo de alimentos supera el gasto energético conlleva un aumento de peso corporal, ocasionado sobrepeso y obesidad (30).

No confunda el término actividad física con ejercicio. El ejercicio es una subcategoría de actividad física planificada, organizada, repetida y diseñada para mejorar o mantener una buena condición física. Sin embargo, tanto la actividad física moderada como la vigorosa son beneficiosas para la salud. Se dice que es bueno para tu salud no solo cuando haces ejercicio en tu tiempo libre, sino también cuando estás de viaje o trabajando. (30).

El sedentarismo como estilo de vida sedentario. Hoy en día, el término también se usa ampliamente en los estilos de vida modernos, y las posibilidades tecnológicas son tan grandes que la persona promedio no hace ejercicio y lleva una vida monótona con un ejercicio mínimo. Individuos que realizan actividad inferior a 30 minutos de moderada a vigorosa menos de 3 veces por semana (30).

El estilo de vida de la sociedad actual favorece el sedentarismo de los jóvenes ya que pasan la mayor parte de su tiempo viendo la televisión y utilizando ordenadores y videojuegos. Reducción de la actividad física, especialmente aumento de la ingesta de alimentos con alto contenido energético. Así, un mal estilo de vida desde edades muy tempranas hace que la falta de actividad física sea un determinante para incrementar el peso tanto en niños como en niñas (30).

2.2.3. Tipo de actividad física.

Un estilo de vida físicamente activo en la infancia ayuda a prevenir ciertas enfermedades crónicas que son muy comunes en la edad adulta. No hay mejor deporte que este. Participar en una variedad de deportes aumenta las oportunidades para el desarrollo atlético y la expresión creativa. Si conoces varios deportes, puedes elegir el que mejor se adapte a tus posibilidades. Hay tres tipos de ejercicios (30).

Aerobic: Consiste en movimientos repetitivos que involucran varios grupos musculares. Danza, Correr, Ciclismo (30)

Fuerza: Ejercicios que llevan tus músculos al límite y adaptan tu cuerpo a nuevas sobrecargas. Llevar una mochila escolar o tener un compañero de clase en la espalda son ejemplos de este grupo (30).

Frecuencia y duración de la actividad física. Para promover el crecimiento saludable de su hijo, le recomendamos 1 hora de actividad física por día, con especial énfasis en el ejercicio aeróbico. Sobre todo, durante este período de crecimiento y desarrollo físico, se debe evitar el entrenamiento de fuerza. Por otro lado, para fortalecer el cuerpo sin dañarlo, se debe hacer ejercicio moderado. B. Ejercicio de compresión, se recomiendan 60 minutos diarios de ejercicio para cada día de la semana. Puedes elegir entre 1 hora (30).

2.2.4. Evolución histórica de los estilos de vida

La primera discusión sobre el análisis del estilo de vida se remonta al siglo XIX. Marx argumentó en los años 1850 que los estilos de vida de las personas están determinados económicamente porque, en los sistemas de producción, tanto el ingreso como la ocupación de un individuo son parte del estilo de vida experimentado por un grupo social (30).

Un concepto más amplio de estilo de vida que trascendió la visión económica inscrita por K. Marx en términos de ingresos y estatus profesional fue presentado más tarde por Veblen en su trabajo de 1899, para quien el estilo de vida estaba determinado también por la motivación individual que validaban el estatus del individuo (30).

Algunos autores (Coreil, Levin y Jaco) argumentan que estas propuestas de Marx y Veblen influyeron posteriormente en la obra de Max Weber en las primeras décadas de los años 20, dando lugar a estilo de vida y vida en salud, lo que sugiere que se ha aclarado el concepto de estilo. Weber encontró que los elementos mostrados por Marx y Veblen

estaban asociados con estilos de vida específicos. Esto indica que cada grupo tenía un estilo de vida dependiente como índice que reflejaba las diferencias de estatus debido a las consideraciones positivas o negativas que se hacían en torno a un determinado grupo social. estado al que pertenecía. También hizo ciertas observaciones de que el estilo de vida se basa en lo que una persona consume más que en lo que produce (Cockerham, Abel, Ruschen). Así, los grupos sociales han adoptado estilos de vida específicos para expresar su identidad y mantener su mundo social (30).

Los sociólogos alemanes pudieron desarrollar un concepto de estilo de vida holístico basado en aspectos como la ocupación, los ingresos, la educación y el estatus, y luego formular un concepto de nivel socioeconómico. Weber usó tres términos distintivos para expresar el concepto de "estilo de vida" en su idioma nativo. El primero representa estilo de vida y el segundo representa oportunidades de vida. Ambos representan dos elementos básicos del estilo de vida. Los comportamientos de vida se centran en las elecciones que hacen las personas sobre el estilo de vida que quieren llevar, y las posibilidades de vida representan la probabilidad de que las personas tomen esas decisiones. En otras palabras, las personas tienen opciones de estilo de vida que desean adoptar, pero la probabilidad de esas opciones depende de las oportunidades de vida, y esas opciones dependen de condiciones estructurales como ingresos, riqueza, derechos y relaciones sociales (30).

2.2.5. Definición conceptual de las dimensiones de estilos de vida

Un estilo de vida, hábito o forma de vida se refiere al conjunto de conductas o actitudes rutinarias que las personas adoptan, algunas de las cuales pueden ser saludables y otras pueden ser perjudiciales para la salud. (30)

2.2.6. Dimensiones: hábitos alimentarios y actividad física

Variable 2: obesidad

La obesidad es una enfermedad con una etiología compleja que resulta de una combinación de factores genéticos y ambientales, que incluyen: B. Hábitos y tipos de alimentación, niveles de actividad física y sedentarismo correspondiente. Según la OMS, el término obesidad se refiere a la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal, pero dadas las dificultades técnicas asociadas con la medición directa de la grasa corporal, se calcula el índice de masa corporal (IMC) para hacerlo. preferible. es una medida de peso (expresada en kilogramos) dividida por la altura (expresada en metros al cuadrado). Por su sencillez, es el índice antropométrico más utilizado para el diagnóstico de obesidad en niños y adolescentes, ya que proporciona una estimación aceptable del estado ponderal de la población pediátrica (30).

La obesidad infantil es un problema de salud crítico. La etiología de la obesidad infantil es multifactorial; la edad, el género, la raza/etnicidad y el nivel socioeconómico interactúan para afectar el riesgo. Se sabe que la inseguridad alimentaria está asociada con el riesgo de obesidad infantil (30)

La obesidad durante la infancia es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diversas comorbilidades, que incluyen dislipidemia, hipertensión, diabetes y apnea del sueño, pero también enfermedad del hígado graso no alcohólico y enfermedad renal (31). Además, es probable que los niños con obesidad crezcan y se conviertan en adultos con sobrepeso u obesidad (32). En adultos, la obesidad también se ha asociado con un aumento de la mortalidad por todas las causas (33). Además de los efectos de la obesidad en la salud, la obesidad también se ha asociado con una menor calidad de vida (34), una menor productividad laboral (35) y un aumento en la utilización de los servicios de atención médica y mayores costos de atención médica (36), por lo que, no solo teniendo un efecto en la vida del individuo con obesidad, sino también en la sociedad. En conjunto, estos efectos de la epidemia de obesidad enfatizan la necesidad de una intervención temprana para disminuir el efecto sobre los parámetros de salud, pero también sobre los resultados económicos.

2.2.6. Soluciones para disminuir la obesidad

La alarmante tendencia refleja el impacto de la comercialización de alimentos y las políticas en todo el mundo que han hecho que los alimentos saludables y nutritivos sean demasiado caros para las familias y comunidades desfavorecidas. Una generación de jóvenes crecerá con obesidad, lo que aumentará su riesgo de enfermedades como la diabetes. descubrir. Además, los países también deben promulgar regulaciones e impuestos para proteger a los niños de una alimentación poco saludable (37).

2.2.7. Teorías de la variable obesidad

Una teoría psicológica de la obesidad surge de distinguir la obesidad exógena, que no tiene alteraciones biológicas que provoquen la obesidad. Por ello, se buscan explicaciones del problema desde diferentes enfoques psicológicos. Stroe (38) divide las teorías psicológicas en subgrupos, utilizando enfoques cognitivo-conductuales por un lado, teorías interpersonales y sistémicas por el otro y teorías psicoanalíticas por el otro. Además, Stroe advierte contra las teorías que integran dimensiones biológicas, sociales y psicológicas (39) y busca explicar la obesidad a partir de la interacción de estas diferentes variables. Sin embargo, adoptar un enfoque biopsicosocial de la obesidad requiere fundamentarnos en teorías psicológicas para abordar este problema (40).

La teoría psicoanalítica aplicada a la obesidad proporciona una compleja red de explicaciones para el problema. La literatura proporciona evidencia empírica que respalda los modelos psicoanalíticos de la obesidad (41) (42). Algunos estudios sobre la obesidad se han centrado en analizar la función, la fuerza y el desarrollo del ego en personas obesas (43), mientras que otros han examinado el poder predictivo de estas funciones (44).

Es imposible discutir la dinámica de los tipos de personalidad subyacentes de todas las personas obesas, como tampoco es posible suponer que todas las personas obesas tienen algún tipo de trastorno emocional o patología de la personalidad (45).

Bruch sostiene que, para muchas personas con sobrepeso, la obesidad es una función positiva que puede encontrar el auto funcionamiento como mecanismo compensatorio ante una vida frustrante y estresante y como mecanismo de adaptación a la realidad externa. de la persona (45).

2.2.8. Sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas

El sobrepeso y la obesidad definido como la acumulación anormal o el exceso de grasa que puede ser nociva para la salud, suele comenzar en la niñez o la adolescencia, está determinada por un desequilibrio entre la ingesta y el consumo de energía, y está relacionada con factores genéticos y ambientales que provocan trastornos metabólicos. lo que lleva a una acumulación excesiva de grasa corporal más allá de lo esperado para el IMC, según el sexo y la edad. (45)

El sobrepeso y la obesidad infantil son problemas de salud caracterizados por un aumento de la grasa corporal; por lo tanto, la esperanza de vida se reduce en al menos 7 años debido al aumento de peso, físico, fisiológico o psicológico. Las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la hiperemia son complejas y la depresión es causada por Niu Ying et al., El sobrepeso y la obesidad están asociados con la deficiencia nutricional y la falta de actividad física, ya que el niño en edad escolar prefiere alimentos con alto contenido de grasas, como dulces, gaseosas, galletas saladas, etc.; debido a las nuevas tecnologías que han surgido a lo largo de los años, prefieren jugar en PlayStation, computadoras, tabletas a pelotas, caminar u otras actividades que requieren energía (45).

Los jóvenes con sobrepeso y obesos tienden a mantener el sobrepeso en la edad adulta, lo que los hace más propensos a desarrollar enfermedades no transmisibles como diabetes y enfermedades cardiovasculares, e incluso cáncer, que son en gran parte prevenibles. y por tanto los efectos sobre la salud se producen en la niñez, la adolescencia y la edad adulta, lo que se traduce en una reducción de las expectativas de salud y de la esperanza de vida. El sobrepeso se define por el IMC en el percentil 85, la obesidad en el percentil 95 y la circunferencia abdominal se puede utilizar para evaluar el riesgo cardiovascular; paradójicamente, la obesidad se detecta solo observando a los individuos,

de hecho, la primera persona que determina el diagnóstico es una persona obesa que se mira al espejo, lo cual no es difícil de determinar en medicina, pero son necesarios algunos indicadores o parámetros para saber dónde está la cantidad de grasa corporal es.

La Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) ha reconocido el valor del índice de masa corporal (IMC) como criterio para definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad.

- Normo peso 18,5-24,9 Kg/m².
- Obesidad grado I (sobrepeso) 25-29,9 Kg/m².
- Obesidad grado II 30-34,9 Kg/m².
- Obesidad grado III 35-39,9 Kg/m².
- Obesidad grado IV Mayor de 40 Kg/m².

La SEEDO que se encuentra dividido en 2 categorías, con nomenclatura específica, la amplia gama del sobrepeso (IMC = 25-29,9 kg/m²) en el que está incluida una gran parte de la población y posee una gran importancia en la estrategia global de la lucha contra la obesidad y los factores de riesgo. Asimismo, introduce un nuevo grado de obesidad, obesidad tipo IV o extrema (46):

- Peso insuficiente Menor de 18,5 Kg/m².
- Normo peso 18,5-24,9 Kg/m².
- Sobrepeso grado I 25-26,9 Kg/m².
- Sobrepeso grado II (pre obesidad) 27-29,9 Kg/m².
- Obesidad tipo I 30-34,9 Kg/m².
- Obesidad tipo II 35-39,9 Kg/m².
- Obesidad tipo III (mórbida) 40-49,9 Kg/m².
- Obesidad tipo IV (extrema) Mayor de 50 Kg/m²

También se identificaron los siguientes factores asociados con el sobrepeso y la obesidad: El factor genético que puede contribuir al sobrepeso y la obesidad en la adolescencia, y esto es Los jóvenes tienen 2 veces más probabilidades de tener obesidad si uno de los padres es obeso y 8 veces más probabilidades si ambos padres son obesos (47).

El Factor familiar, estructura de la familia en sí (hijo solo, familia monoparental, hijo menor en la familia ampliada), el hábito de alimentación y de actividad física de los padres, opiniones de los padres sobre la alimentación y la obesidad y premiar a los niños con dulces y/o comida Los factores escolares asociados a la obesidad fueron los menús escolares, la disponibilidad escolar de “dulces”, dulces y refrescos; jóvenes que pasan la mayor parte de su trabajo diario en un ambiente escolar donde se desaconseja la actividad física; la incapacidad para crear o mantener una postura sentada, que se debe a que los estudiantes se sientan en el aula durante mucho tiempo y muchos centros tienen espacio limitado (48).

Los factores microsistémicos, cuántas horas ves televisión, son clave para el sobrepeso y la obesidad porque previene o reduce los poderosos efectos del tiempo dedicado a la actividad física, los videojuegos y las dietas que fomentan los alimentos ricos en calorías; comidas rápidas, dulces, galletas, pasteles y bollería que contengan grasas saturadas, así como jugos de frutas y refrescos con alto contenido de azúcar (48).

Factores macrosistémicos determinados por los dos primeros factores, tales como culturales, sociales y estereotipos sobre el sobrepeso y la obesidad; los cambios sociales, especialmente los cambios en los roles sociales de la mujer, en el sistema familiar tradicional, en cuanto al uso del tiempo libre, inciden en los cambios en los hábitos alimentarios, especialmente en el ámbito de las compras y la alimentación. cocinar. Cocinar, comidas rápidas y fáciles, reducir el ejercicio y la actividad física y aumentar el tiempo dedicado a ver la televisión y los videojuegos (39). No hay duda de que sentarse menos y hacer ejercicio regularmente es bueno para la salud; un estilo de vida activo en la infancia es una excelente manera de prevenir algunas enfermedades crónicas muy

comunes en la edad adulta, como la presión arterial alta, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, la obesidad y los problemas musculoesqueléticos y cardíacos. Salud mental, porque reduce el estrés y mejora el bienestar. - Respetar y apoyar las relaciones sociales. Por otro lado, se sabe que el sedentarismo es un factor de riesgo para estas enfermedades (48).

La inactividad, el sedentarismo y una mala alimentación pueden derivar en diversos problemas y enfermedades como la obesidad, la diabetes o problemas cardiovasculares. Estos efectos secundarios son bien conocidos y están relacionados con el hecho de que la inactividad física en los primeros años de vida es un factor importante en el aumento de la obesidad infantil y otros problemas graves de salud (48).

Un ejemplo de menú saludable es la lista incluida en la dieta mediterránea, que se compone de una variedad de productos que en conjunto aportan los nutrientes diarios necesarios y previenen enfermedades como la aterosclerosis y el colesterol. Además de llevar una dieta variada y equilibrada, es importante seguir hábitos saludables, como hacer ejercicio, evitar al máximo el estrés y descansar lo suficiente (48).

2.2.9 Evolución histórica de la obesidad

La obesidad ha estado presente en todas las culturas y civilizaciones a lo largo de la historia humana. En tiempos prehistóricos, era casi imposible pensar en la presencia de obesidad en la población. Durante este período, la comida era escasa y los habitantes dependían de los animales de caza para sobrevivir. Debido a que los habitantes eran nómadas y tenían pocas herramientas, realizaban mucha actividad física. Sin embargo, las esculturas de Venus paleolíticas demuestran lo contrario. Esto sugiere que, además de los factores ambientales, también existen factores genéticos, entre los cuales se ha propuesto la existencia de “rare genes” (genes raros). La hipótesis del genotipo ahorrativo propuesta por Neal en 1962 propuso que estos genes confieren una mejor eficiencia energética y ventajas de supervivencia durante los períodos de escasez de alimentos, como en las sociedades de cazadores-recolectores (48).

La Venus paleolítica fue la primera figura femenina representada por la obesidad. La figura prehistórica más famosa es sin duda la Venus de Willendorf (Austria), que tiene entre 23.000 y 25.000 años (48). Estas figuras fuertes y barrigonas son símbolos de la maternidad y la fertilidad (49). El concepto de obesidad ha prevalecido durante mucho tiempo en diferentes culturas. La cultura egipcia tiene restos momificados y tallas de piedra antiguas que atestiguan la obesidad, al menos entre las clases altas. Por otro lado, la abundancia o la abundancia en la antigüedad se convirtió en un signo de codicia, poder y riqueza. En Gran Bretaña en el Medio Egipto (siglos XXI-XVII A.C) en las enseñanzas de Kagemna, la obesidad se asociaba con la codicia y se consideraba mala. Este hecho pudo haber sido el comienzo del estigma de la obesidad que aún hoy existe (50).

En la antigua Grecia, Hipócrates fue el primero en asociar la obesidad con la muerte súbita. Asimismo, Platón asoció la obesidad con una vida más corta y argumentó que mantener una buena salud requiere una dieta equilibrada y moderada. Galeno, por otro lado, en la antigua Roma en el siglo II a. C., la obesidad se divide en dos tipos: moderada y excesiva o mórbida. En *De Sanitate Tuenda* (El arte de la higiene), Galen relacionó la obesidad con un estilo de vida inadecuado. Esto sugiere que los factores ambientales han sido identificados como causas de la obesidad desde la antigüedad, tal como lo describen Platón y Galeno (50). La obesidad ha sido evaluada negativamente y condenada en la cultura cristiana desde la antigüedad. S. t. Pablo (siglo I), escribiendo a los filipenses, ve a los obesos como enemigos de Dios, diciendo: "Enemigos de la cruz de Cristo, cuyo fin es perdición, y cuyo cuerpo es Dios". S. t. Agustín en el siglo V y el Papa Gregorio I en el siglo VII agregaron más tarde la codicia a la lista de los siete pecados capitales. Esto conduce a estereotipos de obesidad (51).

2.2.10. Definición conceptual de la variable obesidad

La obesidad es una epidemia en curso que necesita ser investigada como un importante problema de salud pública por las siguientes razones: • Es un factor de riesgo para varias enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), algunas de las cuales son las principales causas de muerte. Por ejemplo, cardiopatía coronaria, diabetes mellitus tipo 2

o no dependiente de insulina (NIDDM), presión arterial alta, ciertos tipos de cáncer, osteoartritis y osteoporosis, p. La obesidad es un indicador adicional útil, ya que puede determinarse fácilmente mediante métodos antropométricos tradicionales (52).

Obesidad: si el peso corporal supera el 25% del valor ideal, se trata de obesidad mórbida. Hay muchos criterios diferentes para la obesidad expresados como un porcentaje del peso corporal ideal entre diferentes autores (y en diferentes momentos), y el estado de obesidad proviene de estas "secciones". Para muchos es el 20 por ciento, y para otros incluso el 10 por ciento. Estas diferencias en las normas se ven reforzadas por diferentes métodos de relacionar la altura y el peso con el peso corporal ideal (52).

2.2.11. Definición conceptual de las dimensiones de obesidad

Medición del índice de masa corporal: el índice de masa corporal (IMC) es un número calculado a partir del peso y la altura de una persona. Para la mayoría de las personas, el IMC es un indicador fiable de la obesidad y se usa para identificar rangos de peso que pueden causar problemas de salud (52).

Métrica IMC = peso (kg) / altura (m²): 3 IMC = índice de masa: es la relación entre el peso (kg) y la altura² (m) (52).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022

Hipótesis Nula

No existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022

2.3.2. Hipótesis específicas

- Existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la actividad física y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

En la presente investigación se utilizará el método Hipotético Deductivo, porque nos permitirá obtener la información en un tiempo y espacio determinado. Este método es una aproximación a la verdad en ciencia, es uno de los métodos más aceptados en la actualidad. Se considera una descripción del método científico. (53)

3.2. Enfoque de la investigación

El presente estudio de investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, según Zamora, (2019) porque se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables, para probar hipótesis establecidas previamente, confía en la medición numérica y el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (53)

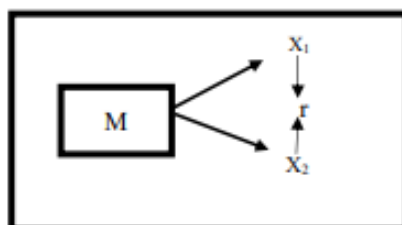
3.3. Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada porque tiene como propósito indagar que evidencias generan las variables de estudio, planteando alternativas de solución ante una realidad problemática según Concytec, (2018); Arias González & Covinos Gallardo, (2021) (54)

3.4. Diseño de la investigación

Se utilizará un diseño Observacional con corte transversal y no experimental. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede. (54)

descriptivo correlacional, porque busca determinar la relación de predicción de un evento inesperado entre las variables de estudio, el cual permite medir la condición de las variables sin afectar en ninguna de las condiciones en las que se realiza la investigación de manera transeccional en un momento dado (54).



Donde:

- M**: Representa a los niños y niñas que asisten al consultorio de pediatría de un hospital público, San Martín, 2022
- X₁** : Estilos de vida
- X₂** : Obesidad

- r : Representa la relación entre Estilos de vida y Obesidad

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Es un conjunto de elementos que tienen las mismas condiciones, que pueden medibles y cuantificables en cuanto al problema que pueden estar siendo afectados (55), el promedio mensual de niños y niñas que asisten al consultorio externo de Pediatría, del Hospital de Rioja II-1 es de 288.

3.5.2. Muestra

Es un conjunto menor que se obtiene de la población la cual tiene que ser representativa y se obtiene a través de un proceso estadístico (56). La muestra que se consideró es de tipo aleatorio simple, es decir conocemos el total de la población y deseamos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 - p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

$$n = \frac{288 \times (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}{(0.03)^2 \times 926 + (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}$$

$n = 119$

Se trabajará con 119 niños y niñas que asistan al consultorio externo de Pediatría, del hospital II-1 Rioja.

3.5.3. Muestreo

La técnica de estudio será muestra probabilística, porque que todos en una población tengan la misma oportunidad de ser seleccionados (57).

3.5.4. Criterios de inclusión

- Niños y niñas con edades comprendidas entre los 8 a 12 años cumplidos.
- Niños y niñas que asistan al consultorio externo de pediatría.
- Autorización expresa de los padres y/o apoderados del menor para participar en el estudio. Previo consentimiento informado.

3.5.5. criterios de exclusión

- Niños y niñas con edades no comprendidas entre los 8-12 años
- Padre, madre y/o apoderado que no desea participar en el estudio, ni desea brindar datos

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1. *Estilos de Vida*

Operacionalización de variables

Variable: Estilos de Vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº de Ítems	Escala de Medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Estilo de vida, hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, pueden ser saludables y otras nocivas para la salud. (25)	El estilo de vida será medido a través de las dimensiones, Consumo de alimentos saludables, consumo de alimentos no saludables y actividad física, lo cual se medirá a través de un cuestionario.	Hábitos Alimentarios	Consumo de alimentos saludables	2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26 y 27	Ordinal	No saludable (0 < 95 puntos)
			Consumo de alimentos no saludables			Poco saludable (95 -109 puntos)
		Actividad física	Tipo de actividad física Frecuencia de la actividad física Tiempo de actividad física	1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 y 25		Saludable (> 109 puntos)

Variable 2. Obesidad.

Variable: Obesidad

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° de Ítems	Escala de Medición	Escala valorativa (Niveles o rango)
OBESIDAD	La acumulación anormal o excesiva de grasa puede ser perjudicial para la salud debido a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía y, por lo general, comienza en la niñez o la adolescencia. (30)	La obesidad será medido a través del índice de masa corporal, la talla mediante los indicadores de IMC, que nos permite definir si la persona esta delgada, normal, con sobrepeso, con obesidad, son estándares internacionales de medición..	Índice de Masa Corporal IMC = peso (kg) / talla (m ²)	♣Sexo ♣ Edad ♣ Peso ♣ Talla		Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Delgadez valor de IMC correspondiente al <-3DE y >3 DE • Normal valor de IMC correspondiente al <-2DE y 1 DE • Sobrepeso valor de IMC correspondiente al <2 DE • Obesidad valor de IMC correspondiente al <3DE y >3 DE

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica utilizada para este trabajo de investigación es la encuesta.

Una encuesta es un estudio descriptivo en el que los investigadores recopilan datos en cuestionarios previamente diseñados y presentados en forma de trípticos o

figuras o tablas sin cambiar las circunstancias o fenómenos en los que se recopila la información. (57).

3.7.2. Descripción de instrumentos

- **Instrumento:**

Cuestionario para evaluar el estilo de vida de los niños que acuden a los servicios de pediatría del Hospital Rioja II-1 (Anexo 2). Consta de 27 ítems (18 sobre dieta y 9 sobre actividad física), cada uno con 5 respuestas convertidas a números del 1 al 5. Siempre codificado como 5 si la declaración fue positiva para la personalización deseada, 1 si menos de una vez al mes o menos de una vez al mes. Por el contrario, la ausencia siempre se codifica como 1 y menos de una vez al mes se codifica como 5. Luego se sumaron todas las respuestas para que la puntuación más alta siempre indicara el comportamiento más saludable. (58)

La puntuación integral bidimensional del instrumento (Nutrición y actividad física) permite la clasificación según 3 valores umbral. Por lo tanto, los niños que puntuaron por debajo de los 95 puntos fueron clasificados como de malos hábitos de vida. (no saludables). Se consideró que aquellos que puntuaron entre 95 y 109 tenían un estilo de vida adecuado. (Poco saludables). Aquellos que presenten una puntuación de 109 o más reciben les catalogó con estilos de vida saludables (Saludable). Para determinar los puntos de corte del puntaje resultante del instrumento, los autores utilizaron los valores de percentil 25, entre percentil 25 y percentil 75, y mayor a percentil 75 (59)

Segundo instrumento: ficha de registro para la valoración **IMC**, Para realizar el diagnóstico nutricional si el niño o la niña tiene obesidad se realizará mediante la aplicación de método validado, que permiten la clasificación de la malnutrición, a través del uso e interpretación de sus indicadores antropométricos, de acuerdo a las características propias del niño mayor de 5 años. *La evaluación Antropométrica:* Medición de las dimensiones y composición global del cuerpo humano, variables éstas que son afectadas por la nutrición durante el ciclo de vida. Los indicadores antropométricos miden, por un lado, el crecimiento físico del niño y del adolescente, y por otro las dimensiones físicas del adulto, a partir de la

determinación de la masa corporal total y de la composición corporal tanto en la salud como en la enfermedad. Son de fácil aplicación, bajo costo y reproducibilidad en diferentes momentos y con distintas personas. (60)

Se utilizará la Tabla de valoración nutricional antropométrica – varones (5 a 17 años) 2 ed. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2015. (60)

Tabla de valoración nutricional antropométrica – mujeres (5 a 17 años) 2 ed. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2015. (60)

3.7.3. Validación

Variable Estilos de Vida

Se utilizará el cuestionario de hábitos de vida de alimentación y actividad física para escolares, de los autores Guerrero G, López J, Villaseñor N, “et al”; diseñado y validado en México (2014), el cual fue evaluado mediante consenso de expertos, conformado por un panel multidisciplinario de ocho profesionales de la salud. (61)

Variable obesidad

Se utilizará el instrumento que fue Validado a través del juicio de expertos del Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Prevención de riesgo y daño Nutricional Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Elaborado por Contreras Rojas (60), el mismo que se utilizara sin la aplicación de ninguna modificación, tampoco adaptación la cual cumple con los objetivos de la presente.

3.7.4 Confiabilidad

Variable Estilos de Vida

Al evaluar la confiabilidad de las preguntas que formaron parte del instrumento Estilos de vida, los autores encontraron un alfa de Cronbach de 0.81. Las medidas de nutrición fueron un poco menos fiables, con un alfa de Cronbach de 0,79 y un alfa de

Cronbach de 0,76 para la dimensión de aptitud física. Esto significa que estas medidas por sí solas debilitan la credibilidad (61), por lo que el instrumento se utilizó en su totalidad en este estudio.

Variable: Obesidad

En el instrumento de obesidad se utilizará, el cual los autores encontraron un valor alfa de Cronbach de 0,81 al evaluar la confiabilidad de la pregunta sobre obesidad. Las medidas de nutrición, con un alfa de Cronbach de 0,79 y un alfa de Cronbach de 0,76 para la dimensión de aptitud física. Las cuales superan al valor de 0,70 por que nos indica que el instrumento es fiable (60), se utilizará el instrumento en su totalidad para el desarrollo de la presente.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez recopilados los datos, se comprueba su integridad. La información se ingresó a la base de datos utilizando Microsoft Office Excel 2016. Para el análisis de los datos antropométricos (peso y talla) se utilizó el programa gratuito WHO AnthroPlus versión 3.2.2. Proporciona una evaluación nutricional de la OMS para niños en edad escolar y adolescentes de 5 a 19 años.

Se utilizará la prueba de chi-cuadrado de Pearson para determinar las relaciones estadísticas entre las variables.

3.9. Aspectos éticos

Se discuten cuatro principios básicos de la ética de la salud. Uno de ellos es el principio de autonomía. Esto se debe a que la participación y cooperación de cada niño en la recopilación de datos es voluntaria. En este sentido, los padres y/o tutores del menor han dado su consentimiento mediante la firma del consentimiento informado. Además, los niños firmarán un consentimiento informado incluso si un padre o tutor lo ha dado. Esto asegura su amplitud e independencia. El segundo principio es no hacer daño. Afirma que tenemos el deber de abstenernos de lo que pueda dañar a otros, tan fácilmente como

abstenernos conscientemente de cualquier cosa que pueda dañarnos a nosotros mismos. No hubo riesgo de daño o compromiso de los dispositivos analíticos en este estudio, ya que los procedimientos realizados fueron inofensivos.

El tercer principio es el principio de justicia, que se relaciona con la satisfacción de las necesidades de todas las personas, respetando sus derechos y tratándolas con respeto y cuidado. En este caso, todos los niños pueden participar en la investigación si así lo desean y son tratados con igualdad y respeto.

Finalmente, nos referimos al principio de beneficencia, que establece que los profesionales de la salud tienen el deber de actuar en el mejor interés de los demás, promover sus intereses legítimos y limitar los prejuicios. Se espera que los resultados de este estudio sean de gran beneficio para los niños, los padres y la comunidad en general.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Descripción de actividad	Año: 2021		Año: 2022											Año 2023			
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Identificación del título	■																
Búsqueda de bibliografía	■																
Elaboración del problema de estudio		■															
Formulación del problema		■															
Objetivos de la investigación		■															
Justificación y delimitaciones		■															
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO																	
Antecedentes			■														
Base teórica				■													
Formulación de la hipótesis				■													
ELABORACIÓN DE LA METODOLOGÍA																	
Método de investigación					■												
Enfoque de investigación					■												
Tipo de investigación					■												
Diseño de investigación						■	■										
Variables y operacionalización								■									
Técnica e instrumento de recolección de datos									■								
Plan de procesamiento y análisis de datos										■							
Aspectos éticos											■						
ELABORACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO																	
Cronograma de actividades												■					
Presupuesto													■				
Revisión Final del Proyecto														■			
Aprobación del Proyecto															■		
Aplicación del trabajo de campo																■	
Redacción del informe																	■

LEYENDA:

Actividades Cumplidas



Actividades por cumplir



4.2. Presupuesto

MATERIALES	CANTIDAD	TOTAL
EQUIPOS		
LAPTOP	1	S/ 3,500.00
USB	1	S/ 50.00
ÚTILES DE ESCRITORIO		
LAPICEROS	5	S/ 5.00
HOJAS BOND A4	1000	S/ 20.00
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO		
LIBROS	150	S/ 300.00
FOTOCOPIAS	50	S/ 50.00
IMPRESIONES	50	S/ 100.00
OTROS		
MOVILIDAD	50	S/ 300.00
ALIMENTOS	200	S/ 500.00
RECURSOS HUMANOS		
DIGITADORA	1	S/ 300.00
TOTAL		S/ 5,125.00

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abarca L, Abdeen Z, Hamid Z, Abu N, Acosta B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. diciembre de 2017;390(10113):2627-42.
2. Llewellyn A, Simmonds M, Owen C, Woolacott N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. enero de 2018;17(1):56-67.
3. Brady T. Obesity-Related Hypertension in Children. *Front Pediatr*. 25 de septiembre de 2017;5(1):1-22.
4. Sentalin P, Pinheiro A, Oliveira R, Zângaro R, Campos L, Baltatu O. Obesity and metabolic syndrome in children in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. mayo de 2019;98(19):55-66.
5. Bussler S, Penke M, Flemming G, Elhassan Y, Kratzsch J, Sergeev E, et al. Novel Insights in the Metabolic Syndrome in Childhood and Adolescence. *Horm Res Paediatr*. 2017;88(3-4):181-93.
6. Stok F, Hoffmann S, Volkert D, Boeing H, Ensenaer R, Stelmach M, et al. The DONE framework: Creation, evaluation, and updating of an interdisciplinary, dynamic framework 2.0 of determinants of nutrition and eating. Matsunami H, editor. *PLOS ONE*. 2 de febrero de 2018;12(2):e0171077.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 2017;
8. OPS, OMS. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 2017;
9. Sausa M. Perú es el país de América donde la obesidad infantil creció más rápido. *Perú21*. 17 de marzo de 2018;

10. Alvarez D, Sanchez J, Gomez G, Tarqui C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):303-13.
11. MINSA (Ministerio de Salud). Minsa: 15 millones de personas tienen sobrepeso y obesidad. Lima, Perú; 2022.
12. MINSA. Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud. 2021;
13. DIRESA. Manual HIS. 2021;
14. Valdarrago S. Hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes escolares “I.E.P. Alfred Nobel” durante el periodo mayo-agosto, 2017. Universidad San Martín de Porres; 2017.
15. Macias A, Gordillo L, Camacho E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*. septiembre de 2018;39(3):40-3.
16. Tester J, Phan T, Tucker J, Leung C, Dreyer M, Sweeney B, et al. Characteristics of Children 2 to 5 Years of Age With Severe Obesity. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2018;141(3):1-12.
17. Martín T, Jairo R, Julian S, Lozano Á, German W. Factores de riesgo del exceso de peso en población infantil de tres instituciones educativas de Cúcuta. *Limentech Cienc Technol Aliment*. 2017;14(2):1-8.
18. Vázquez V, Niebla D, Marrero F, Ojeda D, Gálvez J, Hernández D. Lifestyles of student's overweight and obese resident in Havana and their parents. *Nutr Clínica Dietética Hosp*. 2017;37(2):147-51.
19. Skinner A, Perrin E, Moss L, Skelton J. Cardiometabolic Risks and Severity of Obesity in Children and Young Adults. *N Engl J Med*. octubre de 2015;373(14):1307-17.

20. Solís K. Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional Según Índice de Masa Corporal de los Adolescentes en la Institución Educativa 09 de Julio de la Provincia de Concepción en el Año 2015. Universidad Peruana Los Andes; 2016.
21. Egoavil, Shirley Yataco Cabrera A. Hábitos alimentarios, crecimiento y desarrollo de niños de 3 - 5 años que asisten a la I.E. “Mi Futuro” - Puente Piedra - 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
22. Díaz M. Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. Rev Fac Med. 2018;62(2):237-45.
23. Calle Parra C. Auditoria de Gestión como herramienta de mejoramiento continuo en la Empresa Municipal de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento Ambiental del Cantón Azogues (EMAPAL), Periodo 2013. Cuenca; 2015.
24. Pilay L, Zambrano R. Hábitos alimenticios en adolescentes de 13 a 19 años en el centro de salud Junín en tiempos de pandemia. Univ Estatal Sur Manabí. 2021;1(1):1-12.
25. Garlos C, Catalina L, Jessica O. Obesidad y síndrome metabólico en niños y adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. marzo de 2012;23(2):160-4.
26. Coreil J, Levin J, Jaco E. Life style — An emergent concept in the sociomedical sciences. Cult Med Psychiatry. 1985;9(1):423-37.
27. Vargas S. Los estilos de vida en la salud. Univ Costa Rica. 2019;1(1):101-25.
28. Rodríguez F, García P. Hábitos alimentarios y estado nutricional antropométrico en preescolares de la parroquia Sucre del Distrito Capital de la República Bolivariana de Venezuela. Antropo. 2016;35(1):45-51.
29. Kumar S, Kelly A. Review of Childhood Obesity. Mayo Clin Proc. febrero de 2017;92(2):251-65.
30. Bae J, Choi J. Gender disparities in childhood obesity and household food insecurity. Nutrition. julio de 2021;87-88(1):111-9.

31. Perrone J, Hollander J, Roos F. Cardiovascular Risk Factors and Atherosclerosis in Children and Young Adults. *N Engl J Med.* 8 de octubre de 1998;339(15):1083-4.
32. Juhola J, Magnussen C, Viikari J, Kähönen M, Hutri N, Jula A, et al. Tracking of Serum Lipid Levels, Blood Pressure, and Body Mass Index from Childhood to Adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *J Pediatr.* octubre de 2011;159(4):584-90.
33. Flegal K, Kit B, Orpana H, Graubard B. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. *JAMA.* 2 de enero de 2013;309(1):71.
34. Tsiros M, Olds T, Buckley J, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes.* 3 de abril de 2009;33(4):387-400.
35. Hammond R. The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther.* agosto de 2010;285.
36. Kamble P, Hayden J, Collins J, Harvey R, Suehs B, Renda A, et al. Association of obesity with healthcare resource utilization and costs in a commercial population. *Curr Med Res Opin.* 3 de julio de 2018;34(7):1335-43.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. Londres, Reino Unido; 2017.
38. Stroe J. Obesity and ego function. University of California.; 1995.
39. Rodin J. Research on Eating Behavior and Obesity: Where Does it Fit in Personality and Social Psychology? *Pers Soc Psychol Bull.* 2 de abril de 1977;3(3):333-55.
40. Meza C, Moral J. Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Rev Int Psicoanálisis -Line.* 2018;1(1):1-12.
41. Brunch H. Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. Nueva York, EUA: Basic Books Inc.; 1973.

42. Mushatt C. Anorexia nervosa: a psychoanalytic commentary. *Int J Psychoanal Psychother.* 1982;9(1):257-65.
43. McCall R. Group therapy with obese women of varying MMPI profiles. *J Clin Psychol.* octubre de 1974;30(4):466-70.
44. Cramer P. Ego Functions and Ego Development: Defense Mechanisms and Intelligence as Predictors of Ego Level. *J Pers.* octubre de 1999;67(5):735-60.
45. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. *Publicación Científica (OPS-OMS)*, 576, 27-32.; 2000.
46. Johnson R, Sánchez L, Andrews P, Lanaspá M. Perspective: A Historical and Scientific Perspective of Sugar and Its Relation with Obesity and Diabetes. *Adv Nutr Int Rev J.* 15 de mayo de 2017;8(3):412-22.
47. McDermott R. Ethics, epidemiology and the thrifty gene: biological determinism as a health hazard. *Soc Sci Med.* noviembre de 1998;47(9):1189-95.
48. Jozsa L. Obesity in the paleolithic era. *HORMONES.* 15 de julio de 2011;10(3):241-4.
49. Nazarova K, Mysiuk V, Gordopolov V, Koval V, Danilevičienė I. Preventional audit: implementation of sox control to prevent fraud. *Bus Theory Pract.* 20 de abril de 2020;21(1):293-301.
50. Ruiz P, Bacardí M, Jiménez A. History, trends and causes of obesity in Mexico. *JONNPR.* 2019;4(7):737-45.
51. Stunkard A, LaFleur W, Wadden T. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Int J Obes.* 17 de diciembre de 1998;22(12):1141-4.
52. Chiozza L. *Afectos y afecciones 3 Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo (1993-1997).* Buenos Aires, Argentina; 2008.
53. Hernandez R, Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación.* Mexico: McGraw Hill Interamericana; 2014.

54. Arias González JL, Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Enfoques Consulting EIRL.; 2021 [citado 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
55. Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Enfoques Consulting EIRL.; 2021 [citado 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
56. Fuentes-Doria DD, Toscano-Hernández AE, Malvaceda-Espinoza E, Díaz Ballesteros JL, Díaz Pertuz L. Metodología de la investigación: Conceptos, herramientas y ejercicios prácticos en las ciencias administrativas y contables [Internet]. Universidad Pontificia Bolivariana; 2020 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6201>
57. Arias González JL. Técnicas e instrumentos de investigación científica [Internet]. Enfoques Consulting EIRL.; 2020 [citado 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2238>
58. Cloudfront.net. [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39596873/4-metodo-hipotetico-deductivo-with-cover-page-v2.pdf?Expires=>
59. Diseño de investigación no experimental - transversal [Internet]. prezi.com. [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://prezi.com/p/hgyt2qixfmop/disenode-investigacion-no-experimental-transversal/>
60. Ravasco P., Anderson H., Mardones F.. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 Oct [citado 2022 Nov 25] ; 25(Suppl 3): 57-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es.
61. GUERRERO G, LÓPEZ J, VILLASEÑOR N, GUTIERREZ C, SÁNCHEZ Y. Revista Chilena de Salud Pública. [Online].; 2014 [cited 2022 enero 24. Available from: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/33915>.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>¿Como los estilos de vida se relaciona con la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, ¿2022?</p>	<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>Determinar la relación de los estilos de vida y la obesidad en niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022</p>	<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022</p> <p>Hipótesis Nula No existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público, San Martín, 2022</p>	<p>VI: ESTILOS DE VIDA</p> <p>Dimensiones:</p> <p>D1: Hábitos Alimentarios</p> <p>D2: Actividad física.</p> <p>VD: Obesidad</p> <p>Dimensiones:</p> <p>D1: Índice de Masa Corporal</p>	<p>TIPO: Aplicada</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Método: Deductivo</p> <p>Diseño: Observacional, descriptivo, correlacional, transversal Prospectivo</p> <p>Población: 288 niños y niñas que asisten al consultorio externo de Pediatría</p> <p>Tamaño de Muestra: 119 niños y niñas</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>1. Cuestionario para evaluar Estilos de Vida</p> <p>2. Ficha de registro para la valoración IMC</p>
<p style="text-align: center;">ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cómo se relaciona los hábitos alimentarios y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público?</p> <p>2. ¿Como se relaciona la actividad física y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público?</p>	<p style="text-align: center;">ESPECÍFICOS</p> <p>1. Identificar la relación de los hábitos alimentarios y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público.</p> <p>2. Identificar la relación de la actividad física y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría de un hospital público.</p>	<p style="text-align: center;">ESPECÍFICOS</p> <p>1. Existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría.</p> <p>2. Existe relación estadísticamente significativa entre la actividad física y la obesidad en los niños y niñas que asisten al consultorio de Pediatría.</p>		

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Estudio: ESTILOS DE VIDA Y OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS, ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO, SAN MARTIN, 2022⁽⁵⁸⁾

Estimado (a) niño (a), a continuación, se le presentan una serie de preguntas, lea detenidamente cada una de ellas y responda con toda sinceridad marcando con una (X) dentro del recuadro, si tiene alguna duda pregunte con toda confianza.

Datos generales:

Nombres y apellidos..... Grado.....
sección..... Edad..... Sexo: Masculino (....) Femenino ()

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DE VIDA DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA (CHVSAAF) PARA ESCOLARES AUTORES: Guerrero G, López J, Villaseñor N, "et al".

(58)

INSTRUCCIONES: para cada pregunta, por favor seleccione la respuesta que más describe gustos/hábitos

N° ITEMS	ESTILO DE VIDA: ALIMENTACIÓN	NUNCA MENOS DE 1 VEZ POR MES	1 A 3 VECES POR MES	1 O 2 VECES POR SEMANA	3 A 6 VECES POR SEMANA	DIARIAMENTE
2	Tomo refrescos o jugos embotellados					
3	Tomo leches saborizadas: chocolate, fresa, etc.					
5	Como Frutas y verduras					
6	Desayuno antes de salir de mi casa					
8	Como hamburguesas, salchipollos, etc.					
9	Como panes o pastelitos de paquete					
11	Sí estoy aburrido o triste me da por comer					

12	Como 5 veces al día (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena)					
14	Como algunas golosinas o frituras como: chicles, caramelos, papas de bolsa, etc.					
15	cuando tengo sed tomo agua pura					
17	Sigo comiendo, aunque ya no tenga hambre, solo por acabarme lo que hay en el plato					
18	Como al menos 2 frutas al día					
20	Cuando veo televisión como golosinas o frituras					
21	El refrigerio que como todos los días lo compro en la escuela o en la calle					
23	Si tengo hambre entre comidas, como una fruta					
24	A la hora de comer veo televisión					
26	Como al menos 2 verduras al día					
27	Consumos helados, café o chocolate, preparados con crema batida, manjar o chispas de chocolate					
N° Ítems	Estilo de Vida: Ejercicio Físico	nunca menos de 1 vez por mes	1 a 3 veces por mes	1 o 2 veces por semana	3 a 6 veces por semana	diariamente
7	Me paso 2 horas o más viendo programas de televisión					
10	Juego en el parque, jardín o patio con otros niños					
13	A la hora de recreo hago algún deporte o actividad física					
16	Practico algún tipo de actividad física o deportiva además de la que realizo en la escuela los días de educación Física					
19	Camino por lo menos 15 min por día					
22	Me paso una buena parte de la mañana o tarde acostado					

25	Me quedo en casa sentado o acostado, en vez de jugar, hacer deporte o ejercicio físico.				
----	---	--	--	--	--

ANEXO 3: INSTRUMENTO 2 OBESIDAD

**FICHA DE EVALUACIÓN DE VALORACIÓN NUTRICIONAL
ANTROPOMÉTRICA ⁽⁶⁰⁾**

Hola mi nombre es Evelyn Lescano Pachamora, soy enfermera. Estamos realizando un estudio para conocer la cantidad de niños con exceso de peso, como se alimentan y si realizan actividad física; y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Las actividades que realizaremos serán:

Pesar y tallar a cada niño

(a).



Cada niño (a) debe llenar una hoja marcando preguntas sencillas.



Además, queremos que sepas que la información que recolectemos será secreta. Y que tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no.

Te pido que por favor escribas tu nombre, edad, marques con una (x) en cualquiera de los dos primeros recuadros de acuerdo a tu decisión, y en el último coloques tu huella (índice derecho):

NOMBRE: _____

EDAD: _____

PESO: _____

TALLA: _____

GENERO: _____

SI quiero participar



NO quiero participar



HUELLA
Índice derecho

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA



TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA - VARONES (5 a 17 años)



ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN							
	< -2 DE		NORMAL			Sobrepeso	Obesidad > 2 DE	
*	<-3DE	≥-3DE	**	≥-2 DE	-1DE	Med	1DE	***
							≤2DE	≤3DE >3 DE

>: mayor, <: menor, ≥: mayor o igual, ≤: menor o igual
DE: Desviación estándar
* Delgadez severa.
** Alerta, evaluar riesgo de delgadez.
*** Alerta, evaluar riesgo de sobrepeso.
Cualquier cambio de columna de IMC entre -2 y 1 DE debe ser motivo de consejería nutricional, a fin de prevenir malnutrición.

INSTRUCCIONES:

- Con los valores de peso y talla del niño o adolescente calcular el IMC, según fórmula:
 $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)} / \text{talla (m)}$.
- Ubique en la columna de EDAD, la edad del niño o adolescente. Si no coincide, ubicarse en la edad anterior.
- Compare el IMC calculado, con los valores del IMC que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CUADRO 1 EDAD BIOLÓGICA

A los varones de 10 a 16 años se les calculará la edad biológica a través de los estadios de Tanner.

Se les explicará que debemos conocer su edad biológica a través de los estadios Tanner, se les mostrará las imágenes y se les solicitará indiquen el estadio en que se encuentran, para luego determinar su edad biológica.

Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, utilizar la edad biológica para evaluar el estado nutricional según IMC/Edad y Talla/Edad.

Nota: esta evaluación debe ser realizada por el profesional de salud capacitado y especializado en la aplicación de esta prueba, y debe contar con la autorización y presencia del padre, madre o tutor(a) previamente informado(a)s, o de otro personal de salud del mismo sexo que el o la evaluada.

ESTADIOS TANNER

Estadio	Características de los genitales	Edad biológica (años y meses)
I	No hay cambios	< 12 a
II	Escroto y testículos aumentan ligeramente de tamaño.	12 a
III	Crece el pene ligeramente, sobre todo en longitud.	12 a 6 m
IV	Engrosamiento del pene y desarrollo de testículos y escroto.	13 a 6 m
V	Genitales adultos.	14 a 6 m



TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA - VARONES (5 a 17 años)



TALLA PARA EDAD TALLA (cm)

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN							
	Talla baja < -2 DE		NORMAL			Talla alta > 2 DE		
*	<-3DE	≥-3DE	**	≥-2 DE	-1DE	Med	1DE	***
							≤2DE	≤3DE >3 DE

>: mayor, <: menor, ≥: mayor o igual, ≤: menor o igual
DE: Desviación estándar
* Talla baja severa.
** Alerta, evaluar riesgo de talla baja.
Cualquier cambio de columna de crecimiento en sentido desfavorable al crecimiento o el mantenimiento de su talla de un control a otro o crecimiento menor a 2,5 cm en 6 meses es motivo de consejería nutricional.

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de EDAD, la edad del niño o adolescente. Si no coincide los meses, tomar la edad anterior.
- Compare la talla del niño o adolescente con los valores de talla que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CUADRO 1 EDAD BIOLÓGICA

A los varones de 10 a 16 años se les calculará la edad biológica a través de los estadios de Tanner.

Se les explicará que debemos conocer su edad biológica a través de los estadios Tanner, se les mostrará las imágenes y se les solicitará indiquen el estadio en que se encuentran, para luego determinar su edad biológica.

Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, utilizar la edad biológica para evaluar el estado nutricional según IMC/Edad y Talla/Edad.



Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2015-17991
2da. edición (diciembre, 2015)
Tiraje: 9000 ejemplares

© Ministerio de Salud, 2015
Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú
Teléfono: (511) 315-6600
Página web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2015
Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú
Teléfono: (511) 748-1111
Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe
Página web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Dato Nutricional
Jr. Tacón y Buena Vista 278, Jesús María
Teléfono: (511) 748-0000 Anexo 6625
Lima, Perú, 2015. 2ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas

VARONES

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA EDAD

EDAD (años y meses)	IMC = Peso (Kg) / Talla (m) / Talla (m)								
	Delgadez < -2 DE		NORMAL				Sobrepeso	Obesidad > 2 DE	
	* <-3DE	≥-3DE	** ≥-2 DE	-1DE	Med	*** 1DE	≤2DE	≤3DE	>3 DE
5a		12,1	13,0	14,1	15,3	16,6	18,3	20,2	
5a 3m		12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,3	20,2	
5a 6m		12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,4	20,4	
5a 9m		12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,4	20,5	
6a		12,1	13,0	14,1	15,3	16,8	18,5	20,7	
6a 3m		12,2	13,1	14,1	15,3	16,8	18,6	20,9	
6a 6m		12,2	13,1	14,1	15,4	16,9	18,7	21,1	
6a 9m		12,2	13,1	14,2	15,4	17,0	18,9	21,3	
7a		12,3	13,1	14,2	15,5	17,0	19,0	21,6	
7a 3m		12,3	13,2	14,3	15,5	17,1	19,2	21,9	
7a 6m		12,3	13,2	14,3	15,6	17,2	19,3	22,1	
7a 9m		12,4	13,3	14,3	15,7	17,3	19,5	22,5	
8a		12,4	13,3	14,4	15,7	17,4	19,7	22,8	
8a 3m		12,4	13,3	14,4	15,8	17,5	19,9	23,1	
8a 6m		12,5	13,4	14,5	15,9	17,7	20,1	23,5	
8a 9m		12,5	13,4	14,6	16,0	17,8	20,3	23,9	
9a		12,6	13,5	14,6	16,0	17,9	20,5	24,3	
9a 3m		12,6	13,5	14,7	16,1	18,0	20,7	24,7	
9a 6m		12,7	13,6	14,8	16,2	18,2	20,9	25,1	
9a 9m		12,7	13,7	14,8	16,3	18,3	21,2	25,6	
10a		12,8	13,7	14,9	16,4	18,5	21,4	26,1	
10a 3m		12,8	13,8	15,0	16,6	18,6	21,7	26,6	
10a 6m		12,9	13,9	15,1	16,7	18,8	21,9	27,0	
10a 9m		13,0	14,0	15,2	16,8	19,0	22,2	27,5	
11a		13,1	14,1	15,3	16,9	19,2	22,5	28,0	
11a 3m		13,1	14,1	15,4	17,1	19,3	22,7	28,5	
11a 6m		13,2	14,2	15,5	17,2	19,5	23,0	29,0	
11a 9m		13,3	14,3	15,7	17,4	19,7	23,3	29,5	
12a		13,4	14,5	15,8	17,5	19,9	23,6	30,0	
12a 3m		13,5	14,6	15,9	17,7	20,2	23,9	30,4	
12a 6m		13,6	14,7	16,1	17,9	20,4	24,2	30,9	
12a 9m		13,7	14,8	16,2	18,0	20,6	24,5	31,3	
13a		13,8	14,9	16,4	18,2	20,8	24,8	31,7	
13a 3m		13,9	15,1	16,5	18,4	21,1	25,1	32,1	
13a 6m		14,0	15,2	16,7	18,6	21,3	25,3	32,4	
13a 9m		14,1	15,3	16,8	18,8	21,5	25,6	32,8	
14a		14,3	15,5	17,0	19,0	21,8	25,9	33,1	
14a 3m		14,4	15,6	17,2	19,2	22,0	26,2	33,4	
14a 6m		14,5	15,7	17,3	19,4	22,2	26,5	33,6	
14a 9m		14,6	15,9	17,5	19,6	22,5	26,7	33,9	
15a		14,7	16,0	17,6	19,8	22,7	27,0	34,1	
15a 3m		14,8	16,1	17,8	20,0	22,9	27,2	34,3	
15a 6m		14,9	16,3	18,0	20,1	23,1	27,4	34,5	
15a 9m		15,0	16,4	18,1	20,3	23,3	27,7	34,6	
16a		15,1	16,5	18,2	20,5	23,5	27,9	34,8	

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA PARA VARONES DE 5 A 17 AÑOS

Instituciones: Contreras Rojas, DEPRYDAN/CENAN. www.ins.gob.pe Jr. Tizón y Bueno 276, Jesús María. Teléfono: (511) 748-0000. 2.ª edición 2015.

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA - MUJERES (5 a 17 años)



ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA EDAD

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN			
	Delgadez < -2 DE	NORMAL	Sobrepeso	Obesidad > 2 DE
<-3DE	≥-3DE	** ≥-2 DE -1DE Med	*** 1DE	≤2DE ≤3DE >3 DE

>: mayor, <: menor, ≥: mayor o igual, ≤: menor o igual
 DE: Desviación estándar
 * Delgadez severa.
 ** Alerta, evaluar riesgo de delgadez.
 *** Alerta, evaluar riesgo de sobrepeso.
 Cualquier cambio de columna de IMC entre -2 y 1 DE debe ser motivo de consulta al profesional de salud.

INSTRUCCIONES:

- Con los valores de peso y talla de la niña o adolescente calcular el IMC, según fórmula:
 $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)} / \text{talla (m)}$
- Ubique en la columna de EDAD, la edad de la niña o adolescente. Si no coincide, ubicarse en la edad anterior.
- Compare el IMC calculado, con los valores del IMC que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CUADRO 1 EDAD BIOLÓGICA

A las mujeres de 10 a 16 años se les calculará la edad biológica a través de los estadios de Tanner.

Se les explicará que debemos conocer su edad biológica a través de los estadios Tanner, se les mostrará las imágenes y se les solicitará indiquen el estadio en que se encuentran, para luego determinar su edad biológica.

Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, utilizar la edad biológica para evaluar el estado nutricional según IMC/Edad y Talla/Edad.

Nota: esta evaluación debe ser realizada por el profesional de salud capacitado y especializado en la aplicación de esta prueba, y debe contar con la autorización y presencia del padre, madre o tutor(a) previamente informado(a)s, o de otro personal de salud del mismo sexo que el o la evaluada.

ESTADIOS TANNER

Estadio	Características de la mama	Edad biológica (años y meses)
I	No hay cambios o ligera elevación del pezón.	< 10 a 6 m
II	Aparece el botón mamario Crecimiento de la glándula.	10 a 6 m
III	Mama en forma de cono. Inicia el crecimiento del pezón.	11 a
IV	Crecimiento de la areola y del pezón; doble contorno.	12 a
V	Mama adulta: solo es prominente el pezón.	12 a 8 m

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA - MUJERES (5 a 17 años)



TALLA PARA EDAD TALLA (cm)

EDAD (años y meses)	CLASIFICACIÓN			
	Talla baja < -2 DE	NORMAL		Talla alta > 2 DE
*	**	**	1DE	≤2DE ≤3DE >3 DE

>: mayor, <: menor, ≥: mayor o igual, ≤: menor o igual
 DE: Desviación estándar
 * Talla baja severa.
 ** Alerta, evaluar riesgo de talla baja.
 Cualquier cambio de columna de crecimiento en sentido desfavorable al crecimiento o el mantenimiento de su talla de un control a otro o crecimiento

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de EDAD, la edad de la niña o adolescente. Si no coincide los meses, tomar la edad anterior.
- Compare la talla de la niña o adolescente con los valores de talla que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CUADRO 1 EDAD BIOLÓGICA

A las mujeres de 10 a 16 años se les calculará la edad biológica a través de los estadios de Tanner.

Se les explicará que debemos conocer su edad biológica a través de los estadios Tanner, se les mostrará las imágenes y se les solicitará indiquen el estadio en que se encuentran, para luego determinar su edad biológica.

Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, utilizar la edad biológica para evaluar el estado nutricional según IMC/Edad y Talla/Edad.



Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2015-17987
 2da. edición (diciembre, 2015)
 Tiraje: 9000 ejemplares

© Ministerio de Salud, 2015.
 Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú
 Teléfono: (511) 315-6600
 Página web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2015
 Cépac: Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú
 Teléfono: (511) 748-1111
 Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe
 Página web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
 Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Daño Nutricional
 Jr. Tizón y Bueno 278, Jesús María.
 Teléfono: (511) 748-0000 Anexo 6625
 Lima, Perú, 2015. 2.ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas

MUJERES

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA EDAD

EDAD (años y meses)	IMC = Peso (Kg) / Talla (m) / Talla (m)								
	Delgadez < -2 DE		NORMAL				Sobrepeso		Obesidad > 2 DE
	*	**	**	***	***	***	***	***	
	<-3DE	≥-3DE	≥-2 DE	-1DE	Med	1DE	≤2DE	≤3DE	>3 DE
5a		11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	21,3	
5a 3m		11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	21,5	
5a 6m		11,7	12,7	13,9	15,2	16,9	19,0	21,7	
5a 9m		11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,1	21,9	
6a		11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,2	22,1	
6a 3m		11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,3	22,4	
6a 6m		11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,5	22,7	
6a 9m		11,7	12,7	13,9	15,4	17,2	19,6	23,0	
7a		11,8	12,7	13,9	15,4	17,3	19,8	23,3	
7a 3m		11,8	12,8	14,0	15,5	17,4	20,0	23,6	
7a 6m		11,8	12,8	14,0	15,5	17,5	20,1	24,0	
7a 9m		11,8	12,8	14,1	15,6	17,6	20,3	24,4	
8a		11,9	12,9	14,1	15,7	17,7	20,6	24,8	
8a 3m		11,9	12,9	14,2	15,8	17,9	20,8	25,2	
8a 6m		12,0	13,0	14,3	15,9	18,0	21,0	25,6	
8a 9m		12,0	13,1	14,3	16,0	18,2	21,3	26,1	
9a		12,1	13,1	14,4	16,1	18,3	21,5	26,5	
9a 3m		12,2	13,2	14,5	16,2	18,5	21,8	27,0	
9a 6m		12,2	13,3	14,6	16,3	18,7	22,0	27,5	
9a 9m		12,3	13,4	14,7	16,5	18,8	22,3	27,9	
10a		123,1	133,1	143,1	153,1	163,1	173,1	183,1	
11a 3m		126,5	133,2	139,9	146,6	153,3	160,0	166,7	
11a 6m		127,9	134,7	141,4	148,2	154,9	161,7	168,4	
11a 9m		129,3	136,1	142,9	149,7	156,5	163,3	170,1	
12a		130,7	137,6	144,4	151,2	158,1	164,9	171,8	
12a 3m		132,0	138,9	145,8	152,7	159,5	166,4	173,3	
12a 6m		133,3	140,2	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7	
13a		134,6	141,5	148,4	155,3	162,2	169,1	176,0	
13a 3m		135,9	142,8	149,7	156,6	163,5	170,4	177,3	
13a 6m		137,2	144,1	151,0	157,9	164,8	171,7	178,6	
13a 9m		138,5	145,4	152,3	159,2	166,1	173,0	179,9	
14a		139,8	146,7	153,6	160,5	167,4	174,3	181,2	
14a 3m		141,1	148,0	154,9	161,8	168,7	175,6	182,5	
14a 6m		142,4	149,3	156,2	163,1	170,0	176,9	183,8	
14a 9m		143,7	150,6	157,5	164,4	171,3	178,2	185,1	
15a		145,0	151,9	158,8	165,7	172,6	179,5	186,4	
15a 3m		146,3	153,2	160,1	167,0	173,9	180,8	187,7	
15a 6m		147,6	154,5	161,4	168,3	175,2	182,1	189,0	
15a 9m		148,9	155,8	162,7	169,6	176,5	183,4	190,3	
16a		150,2	157,1	164,0	170,9	177,8	184,7	191,6	
16a 3m		151,5	158,4	165,3	172,2	179,1	186,0	192,9	

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPICA PARA MUJERES DE 5 A 17 AÑOS

Anterías Rojas. DEPRYDAN/CENAN. www.insFICO SAC. Calli y Bueno 276, Jesús María. Teléfono: (511) 748-0000. 2.ª edición 2015.

ANEXO 4: Consentimiento informado

Yo..... Identificado
(a) con DNI N°.....Certifico mi aceptación para autorizar la
participación de mi hijo (a)..... en
la investigación titulada **ESTILOS DE VIDA Y OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS,
ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL
PÚBLICO, SAN MARTIN, 2022.** La finalidad de este trabajo consiste en realizar un
diagnóstico de la situación de obesidad y estilos de vida, en los niños y niñas que asisten
al consultorio de pediatría del hospital de Rioja II-1. Las actividades que se realizarán
son las siguientes: - Toma de peso y talla. - Aplicación de un cuestionario sobre hábitos
de vida de alimentación y actividad física, el que está constituido por preguntas
sencillas, en las que el niño solo deberá marcar opciones. Además, los datos que
logremos recolectar, serán secretos; y van a ser publicados sin violar el derecho a la
intimidad y la dignidad humana, preservando en todo momento la confidencialidad de
la información.

Firma del padre o apoderado

N° DNI:

