



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores relacionados con el conocimiento preventivo sobre obesidad infantil
en cuidadores de escolares del colegio privado “Santa Isabel”, 2025

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por:

Autora: Chávez Escate, Carla Alejandra

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0361-8490>

Asesor: Mg. Gerónimo Meza, José Luis

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9535-3674>

Lima – Perú

2026

 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, CARLA ALEJANDRA CHAVEZ ESCATE egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO PREVENTIVO SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN CUIDADORES DE ESCOLARES DEL COLEGIO PRIVADO "SANTA ISABEL", 2025**. Asesorado por el docente: **José Luis Gerónimo Meza** DNI 09800686 ORCID 0000-0001-9535-3674 tiene un índice de similitud de **12 (doce) %** con código:::14912:562547891 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

Nombres y apellidos del Egresado:
 CARLA ALEJANDRA CHAVEZ ESCATE
 DNI: 72707623

Firma de autor 2

Nombres y apellidos del egresado
 DNI:



Firma del Asesor

Nombres y apellidos del Asesor: José Luis Gerónimo Meza
 DNI: 09800686

Lima, 2 de marzo de 2026

 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

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

Justifico que el excedente del 2 % en fuentes primarias, que actualmente alcanza un 6 % frente al máximo permitido de 4 %, se debe a que los términos coincidentes corresponden al marco metodológico propio de una investigación. En ese sentido, se confirma la originalidad de la investigación, sustentando que la fuente identificada (6 %) proviene del repositorio uwiener.edu.pe, en el cual los títulos, subtítulos y términos detectados forman parte de la estructura metodológica establecida por la universidad. Asimismo, los demás términos coincidentes corresponden a expresiones de uso común en la redacción de investigaciones académicas.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado, en primer lugar, a Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y constancia a lo largo de este proceso formativo. A mis padres, por su apoyo permanente, sus valores inculcados y su acompañamiento incondicional en cada etapa de mi desarrollo personal y académico. A mi familia, por su comprensión y respaldo continuo.

Y a mis amigos, por su apoyo y motivación durante la realización de este trabajo.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por la claridad, perseverancia y oportunidad de culminar este trabajo de investigación.

Mi reconocimiento a mis padres por el respaldo brindado durante mi formación académica, así como por el esfuerzo y compromiso que han hecho posible este logro.

A mi familia, por su comprensión y apoyo a lo largo del desarrollo de este trabajo.

A mis amigos, por el acompañamiento y la disposición mostrada en las distintas etapas del proceso.

Asimismo, expreso mi gratitud a los docentes y al asesor de tesis por las orientaciones académicas que contribuyeron al desarrollo y culminación de la presente investigación

Índice

Resumen	viii
Introducción	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	3
1.4.1 Teórica	3
1.4.2 Metodológica	4
1.4.3. Práctica	4
1.5 Limitaciones de la investigación	4
1.5.1 Temporal	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.1.1 Antecedentes internacionales	5
2.1.2 Antecedentes nacionales	6
2.2. Bases teóricas	8
2.3. Formulación de hipótesis	12
2.3.1 Hipótesis general	12
2.3.2 Hipótesis específica	12
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	13
3.1. Método de la investigación	13
3.2. Enfoque de la investigación	13

3.3. Tipo de investigación.....	13
3.4. Diseño de investigación.....	14
3.5 Población, muestra y muestreo	14
3.5.1 Población.....	14
3.5.2. Muestra.....	14
3.5.3. Muestreo.....	15
3.6 Variables y operacionalización	15
3.6.1 Variable 1	15
3.6.2. Variable 2	15
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.7.1 Técnica.....	18
3.7.2 Descripción de instrumentos	18
3.7.3 Validación.....	18
3.7.4 Confiabilidad	19
3.8 Procesamiento y análisis de datos	19
3.9 Aspectos éticos	19
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	21
4.1. Resultados.....	21
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	21
4.1.2. Prueba de hipótesis	25
4.1.3 Discusión de resultados	26
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
5.1. Conclusiones	30
5.2. Recomendaciones	30
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS	39
Anexo 1: Matriz De Consistencia	39
Anexo 2: Instrumentos.....	40
Anexo 3: Validez del instrumento	45

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	49
Anexo 5: Aprobación del comité de ética	51
Anexo 6: Consentimiento Informado.....	52
Anexo 7: Autorización institucional del Colegio Santa Isabel para la recolección de datos	54
Anexo 8: Carta de aprobación de la universidad para la recolección de datos	55
Anexo 9: Informe de Turnitin	56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalizacion de la variable factores asociados	16
Tabla 2 Operacionalización de la variable conocimiento sobre obesidad infantil	17
Tabla 3 descripción de los factores sociodemográficos	21
Tabla 4 Descripción de los factores familiares	22
Tabla 5 Distribución de la variable conocimiento sobre obesidad y sus dimensiones	22
Tabla 6 Tabla cruzada entre variables factores sociodemográficas y conocimiento sobre obesidad	23
Tabla 7 Tabla cruzada entre las variables factores familiares y conocimiento sobre obesidad....	24
Tabla 8 Prueba de la hipotesis general	25
Tabla 9 Prueba de hipotesis especifica 1	26
Tabla 10 Prueba de hipótesis especifica 2	26

Resumen

El presente estudio consideró por objetivo determinar la relación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios de escolares de la Institución Educativa Santa Isabel. La metodología desarrollada se enmarcó en un enfoque cuantitativo, tipo básica, con diseño no experimental y nivel correlacional, orientado a determinar la asociación entre las variables de estudio. La muestra estuvo conformada por 215 cuidadores escolares de niños entre 7 y 9 años del colegio mencionado. La técnica empleada para recabar los datos fue la encuesta y el instrumento consistió en dos cuestionarios, uno por cada variable. Los resultados analizados mediante la prueba de chi cuadrado reportaron un valor de $X^2 = 13,310$ y una significancia de $0,038 < 0.05$ para los factores asociados y el conocimiento preventivo; además se calculó un $X^2 = 13,162$ y una significancia de $0.041 < 0.05$ para los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento preventivo; por último se calculó un $X^2 = 15,285$ y una significancia de $0,018 < 0.05$ para los factores familiares y el conocimiento preventivo, lo cual es un indicador de una relación significativa entre las variables. Por lo que se concluye que existe asociación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios de la institución educativa Santa Isabel.

Palabras clave: *Conocimiento, Obesidad, factor familiar*

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between associated factors and the level of preventive knowledge about childhood obesity among primary caregivers of schoolchildren at the Santa Isabel Educational Institution. The methodology employed in the research was based on a quantitative approach, with a basic research design, non-experimental scope, and a relational focus. The sample consisted of 215 school caregivers of children between 7 and 9 years old from the aforementioned school. The data collection technique used was a survey, and the instrument consisted of two questionnaires, one for each variable. The results analyzed using the chi-square test yielded a chi-square value of 13.310 and a significance level of 0.038 ($p < 0.05$) for the associated factors and preventive knowledge. Additionally, a chi-square value of 13.162 and a significance level of 0.041 ($p < 0.05$) were calculated for sociodemographic factors and the level of preventive knowledge. Finally, a chi-square value of 15.285 and a significance level of 0.018 ($p < 0.05$) were calculated for family factors and preventive knowledge, indicating a significant relationship between the variables. Therefore, it is concluded that there is an association between the associated factors and the level of preventive knowledge about childhood obesity among primary caregivers at the Santa Isabel Educational Institution.

Keywords: Knowledge, Obesity, Family Factor

Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud pública que requiere la atención mundial, especialmente en relación con el fortalecimiento del conocimiento orientado a su prevención. Así también, los factores sociodemográficos y familiares inciden de manera significativa en la construcción de dicho conocimiento mediante las interacciones y aprendizajes que se desarrollan en el entorno cercano. Ello constituye una razón importante para abordar este tema en la presente investigación. En tal sentido, la finalidad de este estudio fue analizar la relación entre dichos factores y el nivel de conocimiento preventivo de la obesidad. el trabajo se organizó en cinco capítulos para su mejor comprensión.

El primer capítulo contiene el planteamiento de la situación problemática, así como los objetivos y la justificación del mismo. El segundo capítulo aborda el marco teórico con las posturas de otros investigadores que sirvieron como base científica fundamental para el desarrollo este estudio. el tercer capítulo contiene todo lo relativo a la metodología empleada en la ejecución de este trabajo, así como la definición de la muestra y las técnicas de procesamiento de la información y los aspectos éticos. El cuarto capítulo describe los resultados hallazgos producto del análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial. En el quinto capítulo se mencionan las conclusiones a las que se llegó producto de los hallazgos del estudio, y por último, se hacen las recomendaciones respectivas a manera de aporte de la presente investigación a la institución.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En las últimas décadas, la obesidad infantil se ha consolidado como uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, debido a su crecimiento sostenido y a las consecuencias físicas, emocionales y sociales que conlleva y se vincula estrechamente con los hábitos, percepciones y conocimientos de los cuidadores. En China, se evidenció que prácticas como la alimentación irregular incrementan el riesgo de sobrepeso en niños, mientras que realizar ejercicio ≥ 3 veces por semana y fomentar la actividad física actúan como factores protectores. (1)

Sin embargo, la percepción inexacta del peso infantil limita la prevención: sólo el 12.9 % de los cuidadores identificó correctamente el sobrepeso de sus hijos, pese a una prevalencia del 22.7 %, con una subestimación del 55.6 % en casos reales. Esto revela una brecha crítica entre el conocimiento y la acción preventiva en el entorno familiar. (2)

Según UNICEF (2024), el sobrepeso y la obesidad infantil afecta seriamente el desarrollo y la salud integral de niñas y niños. A nivel mundial, casi 40 millones de menores de 5 años presentan exceso de peso. Además, la OMS advierte que la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años se ha multiplicado por 10 en las últimas cuatro décadas. (3)

Para 2035, se proyecta que más del 50 % de la población mundial tendrá sobrepeso u obesidad, superando el 38 % en 2020, con cerca de 4 mil millones de personas afectadas. En niños y adolescentes, la obesidad se cuadruplicó entre 1990 y 2022, pasando del 2 % al 8 %, relacionados con factores como edad, sexo, educación y nivel socioeconómico. (4)

Diversos estudios internacionales evidencian una preocupante prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil relacionada con factores sociodemográficos y prácticas familiares. Mientras que en Europa, se ha determinado que un bajo nivel educativo, ingresos reducidos y vivir en entornos vulnerables incrementan la exposición infantil a contextos obesogénicos. (5) Como en España, que esta situación se traduce en un exceso de peso en más del 32 % de la población pediátrica, afectando a 1,7 millones de niños. (6)

En el sur de Asia, lo que corresponde a la República de la India, se reportó una prevalencia de obesidad del 29.7 % en escolares de 6 a 12 años, relacionada con sedentarismo (55 %), uso excesivo de pantallas (68 %) y consumo frecuente de comida chatarra (72 %), comportamientos relacionados con prácticas familiares y limitada conciencia preventiva. (7) En la región de Medio Oriente y el norte de África, una revisión sistemática reveló que hasta el 49.4 % de los menores presentan sobrepeso u obesidad, siendo factores relevantes el bajo nivel educativo materno,

antecedentes familiares, estrés y hábitos poco saludables, destacando la necesidad de fortalecer el rol educativo de los cuidadores.(8)

Ubicándonos en Norteamérica específicamente en EE. UU., estudios indican que uno de cada cinco menores presenta obesidad, y en Florida la cifra sube al 32.5 %, en caso de niños bajo tutela estatal, el sobrepeso alcanza el 40 % y la obesidad el 23 %,por lo que se relaciona con bajos ingresos, negligencia y falta de orientación preventiva, antecedentes de abuso que elevan el riesgo, estas cifras evidencian la relevancia del rol educativo de los cuidadores en diferentes contextos, sobre todo en los vulnerables.(9) Por otra parte en México, se ha identificado que el sobrepeso en cuidadores y su inclinación por recompensas inmediatas, son uno de los factores, más relevantes para el aumento de la obesidad infantil, llegando a duplicar su riesgo, evidenciando el fuerte impacto de sus hábitos cotidianos en la salud nutricional de los niños. (10)

En Perú, la evidencia señala una preocupante relación entre el bajo nivel de conocimiento de los cuidadores y la obesidad infantil. Un estudio encontró que el 90 % de las madres evaluadas presentaban escaso conocimiento sobre prevención de obesidad, mientras que sólo un 2.5 % mostró un nivel alto.(11)

De forma complementaria, en una escuela de Lima, se identificó que el sobrepeso fue la condición nutricional más frecuente entre los escolares, estando significativamente asociado a factores sociales como el nivel educativo secundario de los cuidadores o su estado civil de separación, sin relación con empleo o procedencia.(12) Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la educación preventiva en entornos familiares.

La creciente epidemia de obesidad infantil, asociada a factores sociodemográficos, hábitos familiares y niveles críticos de desconocimiento preventivo en los cuidadores, exige una intervención urgente. Con prevalencias que alcanzan hasta el 49 % en algunas regiones y un alarmante 90 % de madres peruanas con escaso conocimiento sobre prevención, se vuelve indispensable estudiar cómo estos factores interactúan y afectan directamente la salud de los niños. Esta investigación busca aportar evidencia concreta desde el contexto peruano, para fortalecer el rol educativo de los cuidadores y proponer estrategias sostenibles de prevención. Como advierte la OMS: “la obesidad infantil exige programas integrales que involucren a los padres y cuidadores” (13) Comprender estos factores no sólo es relevante: es vital.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre los factores asociados y el nivel de conocimiento preventivo sobre obesidad infantil en cuidadores de escolares del colegio privado Santa Isabel, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento preventivo sobre la obesidad infantil en cuidadores escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025?

¿Cuál es la asociación entre son los factores familiares y el nivel de conocimiento preventivo sobre obesidad infantil en cuidadores escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre los factores asociados y el nivel de conocimiento preventivo sobre la obesidad infantil en cuidadores de escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en el colegio privado Santa Isabel, 2025.

Determinar la asociación entre los factores familiares y el nivel de conocimiento preventivo sobre obesidad infantil en cuidadores escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Entre 1990 y 2021, la obesidad infantil se triplicó y el sobrepeso se duplicó a nivel mundial, afectando a más de 93 millones de niños de 5 a 14 años. Para 2050, se estima que el 15,6 % de esta población vivirá con obesidad (186 millones). En regiones como América Latina tropical, ya se observa un predominio de la obesidad sobre el sobrepeso. lo que se proyecta como una inversión histórica. (14)

América Latina y el Caribe, donde la proporción de niños menores de cinco años afectados aumentó del 7.4 % en 2012 al 8.6 % en 2022.(15) Este panorama se refleja con fuerza en el Perú, donde cerca del 9.4 % de menores de cinco años presentan sobrepeso, con mayor prevalencia en la costa (13.2 %) que en la sierra (4.9 %) y la selva (4.2 %).(16) Además, el 38.4 % de niños y adolescentes entre 6 y 13 años vive con exceso de peso, lo que evidencia una progresión preocupante durante la infancia. A nivel global, los costos relacionados con la obesidad ya superan los 1.96 billones de dólares en 2020, y se estima que para 2035 la cifra podría duplicarse, alcanzando más del 2.9 % del PBI mundial.(17) En este contexto, en base a la evidencia, comprender los factores asociados y el nivel de conocimiento preventivo de los cuidadores en el

entorno peruano no solo resulta relevante, sino urgente, pues de ello depende el diseño de estrategias eficaces que puedan revertir una tendencia que afecta el desarrollo, bienestar y futuro de las nuevas generaciones.

1.4.2 Metodológica

El presente estudio se llevó a cabo bajo un enfoque hipotético–deductivo, con un diseño no experimental de tipo analítico y corte transversal, desarrollado durante el año 2025. Su propósito principal fue examinar la asociación entre los factores sociodemográficos y familiares y el nivel de conocimiento preventivo sobre obesidad infantil en cuidadores de escolares matriculados en la Institución Educativa Privada Santa Isabel. Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos estandarizados: el cuestionario COAFALI, orientado a evaluar conocimientos sobre obesidad, actividad física y alimentación, y el test FF-SIL, que mide la funcionalidad familiar. La muestra estuvo conformada por 215 cuidadores seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, procedimiento que asegura que cada integrante de la población tenga la misma probabilidad de ser elegido, favoreciendo así la representatividad de la muestra y minimizando posibles sesgos en el proceso de selección.

1.4.3. Práctica

Desde una perspectiva aplicada, el estudio contribuye con evidencia para fortalecer y focalizar intervenciones preventivas con cuidadores en el ámbito escolar, ante la tendencia creciente de la obesidad infantil y su carga para la salud pública del Perú. Al identificar los factores que se asocian con un mayor o menor nivel de conocimiento preventivo, se podrán diseñar estrategias educativas más eficaces, ajustadas al contexto y necesidades reales de esta población.

Además, los resultados permitirán a instituciones educativas y organismos de salud desarrollar materiales formativos, campañas y políticas de prevención con mayor sustento científico. Invertir en la capacitación de los cuidadores no solo contribuye al bienestar infantil, sino que también representa una medida costo-efectiva para reducir la incidencia de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad en etapas posteriores de la vida.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El estudio se desarrolló a lo largo de 2025; en ese intervalo se realizó el levantamiento de información, su tratamiento estadístico y la redacción del informe final. La elección de este periodo aseguró que los resultados reflejen de manera contemporánea los factores relacionados con el conocimiento preventivos sobre obesidad infantil en los cuidadores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Molina M. et al (2024) en “Association between children's caregivers time preferences and childhood overweight and obesity in Mexico” realizó un análisis utilizando datos de la *Mexican Family Life Survey (MxFLS)* evaluó las características físicas de niños y cuidadores junto con un módulo específico sobre preferencias temporales. Este permitió medir el nivel de paciencia (δ) y la consistencia en el tiempo (β) de los adultos responsables. Los resultados, obtenidos mediante regresión logística, mostraron que cuando los cuidadores priorizan beneficios inmediatos (sesgo presente), el riesgo de obesidad infantil se incrementa notablemente (OR = 2.52; IC 95 %: 1.72–3.70). Incluso quienes presentan sesgo hacia el futuro también mostraron mayor probabilidad de obesidad en los menores (OR = 1.48; IC 95 %: 1.11–1.98), destacando la influencia de las decisiones adultas en la salud nutricional infantil.(10)

Barbosa et al. (2024) en “A integralidade no cuidado da obesidade infantil em municípios brasileiros” reportaron que el 25.4 % de los niños entre 5 y 10 años en Brasil presentaban sobrepeso u obesidad, según los resultados de un cuestionario aplicado a cuidadores en unidades de atención primaria. El estudio identificó debilidades en la participación de los cuidadores en acciones preventivas, así como limitaciones en la capacidad del personal de salud para implementar estrategias educativas eficaces. A pesar de algunas iniciativas de salud pública, la escasa alfabetización nutricional en el entorno familiar sigue siendo un obstáculo importante para prevenir el exceso de peso en la infancia. (18)

Altamirano y Hetz (2025) en “Creencias sobre alimentación y obesidad infantil en cuidadores de escolares mapuches y no mapuches”, reportaron un estudio que identificó diferencias significativas en los niveles de conocimiento sobre alimentación infantil entre cuidadores mapuche y no mapuche (comunidades chilenas). Solo el 28.6 % de los cuidadores mapuche alcanzó un nivel alto de conocimiento, frente al 40 % en cuidadores no mapuche. Estas diferencias culturales evidencian la necesidad de estrategias adaptadas que consideren la cosmovisión indígena en la prevención de la obesidad infantil. (19)

Bertomeu et al., 2024, en “Prevalence of childhood obesity in Spain and its relation with socioeconomic status and health behaviors: Population-based cross-sectional study” presenta un estudio transversal en España basado en la Encuesta Nacional de Salud 2017 con una muestra de 8.064 menores de 0 a 14 años, reportó que aproximadamente uno de cada tres niños (32,5 %) tenía sobrepeso u obesidad, lo que representa más de 1,7 millones de casos a nivel nacional. El análisis mostró que esta condición se relaciona fuertemente con determinantes sociales como el nivel educativo bajo de los padres, el desempleo, la vida urbana y estilos de vida no saludables,

como la mala alimentación y el sedentarismo. Estos hallazgos subrayan la influencia del entorno familiar y social en la aparición de contextos obesogénicos, destacando la necesidad de estrategias preventivas centradas en los cuidadores. (6)

Fischer et al. 2025 en “The Factors Influencing Feeding Practices of Primary Caregivers of Preschoolers: A Theory-Based Cross-Sectional Study” evaluaron a 146 cuidadores de niños de 3 a 5 años en Cincinnati mediante el *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire*. Identificaron que las creencias, intenciones y nivel socioeconómico explicaban el 28 % de la variación en el modelado alimentario ($R^2 = 0.280$), mientras que edad, empleo y creencias influían en la restricción por salud ($R^2 = 0.309$). Las creencias también se asociaron con presión alimentaria ($\beta = 0.209$; $p = 0.012$), evidenciando el rol del conocimiento en las prácticas parentales preventivas. (20)

2.1.2 Antecedentes nacionales

En Perú, Infobae en “INEI relaciona la pobreza con el aumento de obesos en Perú: “El pobre no se nutre, se llena la barriga con la comida chatarra”” indica que la obesidad afecta al 24.1 % de la población de 15 años a más, con mayor impacto en zonas urbanas (26.3 %) frente a rurales (14 %) (INEI, 2023). Regiones como Tacna (35.7 %), Moquegua (35 %) e Ica (31.5 %) lideran los índices más altos, reflejando una tendencia preocupante. Este panorama no solo evidencia una crisis de salud pública en adultos, sino también un entorno obesogénico que influye directamente en la crianza, hábitos alimentarios y estilo de vida de niños y adolescentes, especialmente en familias con bajo nivel educativo y limitados recursos. Así, el contexto nacional se presenta como un factor de riesgo estructural para la obesidad infantil. (21)

Portugal Quispe 2022 en “Nivel de conocimiento y prácticas alimentarias en cuidadores primarios para prevenir la obesidad en escolares de una institución educativa nacional de San Juan de Lurigancho en el 2022” realizó en una escuela pública de San Juan de Lurigancho un estudio que reveló que el 83.8 % de los cuidadores tenía un nivel medio de conocimiento sobre prevención de obesidad en escolares, y solo el 15.8 % alcanzó un nivel alto. En cuanto a las prácticas alimentarias, el 65.4 % mostró comportamientos regulares y el 34.6 % adecuados. Las mayores deficiencias se observaron en nociones básicas como la pirámide alimentaria (82.5 % de error), tiempo mínimo de actividad física (79 %) y porciones diarias recomendadas (71.1 %). Estas cifras reflejan vacíos relevantes en el manejo de información preventiva y en las rutinas de cuidado que podrían favorecer el desarrollo de obesidad infantil. (22)

Perez Fernandez 2024 en “Principales factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años: análisis secundario de la ENDES (2022)” halló una prevalencia de sobrepeso de 7.38 % y obesidad de 0.41 % en niños menores de 5 años, sumando un 7.79 % de exceso de

peso. Entre los factores de riesgo más relevantes estuvieron el antecedente de macrosomía (RPa: 4.62 para sobrepeso y 9.14 para obesidad), el alto índice de riqueza (hasta 2.23 veces mayor riesgo), el IMC materno elevado (hasta 3.02 veces más riesgo), y el nivel educativo superior de la madre (OR: 3.13). Por otro lado, se identificaron factores protectores como el sexo femenino (RPa: 0.87) y la lactancia materna ≥ 6 meses (RPa: 0.72; $p = 0.000$). (23)

Muñante Ramirez (2023) “Percepción del estado nutricional de los hijos y su relación con el sobrepeso y obesidad infantil en dos colegios Ica - Perú, 2023” estudio que se realizó en dos colegios evidenció que solo el 15,79 % y 26,32 % de los cuidadores identificaron correctamente el sobrepeso u obesidad de sus hijos mediante imágenes y palabras, respectivamente. El 84,21 % y 73,68 % subestimaron el estado nutricional real. Usando un diseño transversal y comparando percepción con IMC/edad, se halló asociación significativa ($p < 0.05$). Esto subraya la importancia de mejorar el conocimiento de los cuidadores como medida preventiva.(24)

Chui Betancur et. al (2024) “Obesidad Infantil En Estudiantes De Educación Primaria En Puno, Perú” estudio realizado en escolares de Puno evidenció que los hábitos de vida saludable ($r = -0,804$; $p < 0.001$) y la actividad física ($r = -0,789$; $p < 0.001$) presentan correlaciones inversas y muy significativas con la obesidad infantil. Mediante un modelo de regresión lineal ($R^2 = 0.720$; $p < 0.001$), se identificó que estos factores explican más del 70 % de la variabilidad del IMC, siendo sus coeficientes $\beta = -0,353$ y $\beta = -0,362$, respectivamente. Por el contrario, el uso excesivo de internet ($r = 0,722$) y televisión ($r = 0,545$) mostró una asociación directa y significativa con el exceso de peso, resaltando la necesidad de promover estilos de vida activos desde la infancia. (25)

Palomino Domínguez et. al (2021) en “Factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 12 años, del distrito de Huancayo, 2020” realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados al sobrepeso y la obesidad en niños de 6 a 12 años. Fue una investigación básica, correlacional, con diseño no experimental y una muestra de 103 escolares. Se aplicó un cuestionario sobre factores asociados y se realizaron mediciones antropométricas para calcular el índice de masa corporal. Los resultados evidenciaron una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 21,36%, encontrando asociación significativa con el uso de tecnologías digitales por más de dos horas diarias (OR: 5,6), bajo consumo de frutas (OR: 4,3), consumo habitual de gaseosas (OR: 2,8) y el sexo (OR: 0,24). Los autores recomiendan implementar políticas que fomenten la actividad física y la ingesta de alimentos saludables para reducir este problema de salud infantil. (26)

2.2. Bases teóricas

1. Conceptualización de la obesidad infantil:

La obesidad infantil puede definirse como una condición en la que un niño o niña presenta una acumulación excesiva de grasa corporal que supera los niveles considerados normales para su edad, sexo y etapa de desarrollo, se clasifica según edad y estándares internacionales. La OMS define sobrepeso en menores de cinco años cuando el peso para la estatura excede +2 desviaciones estándar (DE) y obesidad cuando supera +3 DE; en niños de 5 a 19 años, sobrepeso corresponde a un IMC/edad mayor a +1 DE y obesidad a +2 DE o más. (27)

En EE. UU., los CDC definen sobrepeso infantil cuando el IMC/edad se ubica entre los percentiles 85 y 95, y obesidad a partir del percentil 95; además, consideran obesidad severa cuando el IMC supera el 120 % del percentil 95. (28)

En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), siguiendo las referencias de la OMS y el CDC, define la obesidad infantil en menores de 5 años como un peso para la talla > +3 DE, y en niños de 5 a 11 años como un IMC/edad > +2 DE; el sobrepeso corresponde a valores intermedios según estas curvas está. (29)

Un informe de UNICEF destaca que en Perú el 8,6 % de niños menores de 5 años presenta sobrepeso u obesidad, cifra que se duplica en áreas urbanas en comparación con rurales (10 % vs. 4,9 %) (29) y según la ENDES-2022, el 9,1 % de menores de esa edad padeció exceso de peso, con mayor prevalencia en la costa (13,2 %) frente a la sierra (4,9 %) y selva (4,2 %) (30)

La obesidad infantil en Perú es multifactorial, vinculada a hábitos familiares inadecuados, entornos obesogénicos, menor actividad física, prácticas alimentarias poco saludables y determinantes socioeconómicos, tal como lo señala la literatura nacional y regional. (15)

2. Conocimientos preventivos sobre la obesidad

Los conocimientos preventivos en este contexto se refieren a la capacidad de los cuidadores para adquirir, comprender y aplicar información basada en evidencia sobre nutrición, actividad física y hábitos saludables, con el objetivo de prevenir el exceso de peso y la obesidad en escolares. Estos conocimientos capacitan al cuidador para modelar conductas adecuadas, establecer rutinas y tomar decisiones informadas en el entorno familiar. (31)

El contar con conocimientos adecuados en nutrición y estilos de vida saludables es crucial, pues investigaciones han demostrado una fuerte asociación entre el nivel de conocimientos teóricos de los cuidadores y los comportamientos alimentarios y de actividad que los niños

adoptan. Asimismo, un mayor conocimiento facilita detectar errores en los hábitos familiares y corregirlos antes de que se conviertan en sobrepeso u obesidad. (32)

Una fuente clave es la educación formal de profesionales de salud (médicos, nutricionistas, enfermeras especialistas), acompañada de guías clínicas actualizadas y publicaciones académicas. Las intervenciones centradas en la familia integran a los cuidadores como agentes de cambio, usando información basada en evidencia transmitida por dichos profesionales y documentos científicos estructurados. (33)

Las estrategias efectivas combinan educación familiar, cambios en el entorno doméstico y apoyo profesional:

1. Adopción de hábitos saludables en el hogar, como cenas en familia, limitar bebidas azucaradas, controlar tamaño de porciones y fomentar actividad física cotidiana.
2. Implementación de técnicas de cambio de comportamiento, incluyendo un enfoque estructurado de motivación, manejo del estrés y establecimiento de metas realistas en conjunto con cuidadores.
3. Intervenciones centradas en la familia han demostrado ser eficaces y sostenibles cuando se enseñan hábitos desde temprana edad y se ofrecen herramientas prácticas para el día a día. (31)
4. Factores relacionados al conocimiento preventivo.

Factor sociocultural: El conocimiento preventivo de los cuidadores sobre obesidad infantil está influenciado por normas, valores y prácticas culturales que determinan hábitos alimentarios y percepciones del peso corporal. Creencias tradicionales sobre el tamaño corporal (por ejemplo, que un niño “rellenito” simboliza salud), y expectativas comunitarias, pueden dificultar la adopción de información nutricional moderna. Estos conflictos entre valores socioculturales y recomendaciones sanitarias requieren estrategias culturalmente sensibles para ser efectivos en la prevención. (34)

Factor familiar: En el entorno familiar, la cohesión, y la funcionalidad junto con dinámicas como el apoyo social y la disposición al cambio de comportamiento juegan un papel central. Estudios recientes muestran que la funcionalidad familiar (cooperación, comunicación y apoyo emocional) predice la participación en intervenciones, y que la motivación y disposición del cuidador para implementar cambios están directamente vinculadas al conocimiento aplicado en prácticas preventivas de salud infantil. (35)

Factor físico: El entorno físico del hogar y la familia —incluyendo acceso a espacios seguros para la actividad física y disponibilidad de alimentos saludables— influye directamente en si los cuidadores pueden poner en práctica conocimientos preventivos. Además, la alimentación propia del cuidador (regularidad y calidad) impacta lo que el niño adopta como hábito: se ha detectado que cuidadores con conocimiento teórico, pero con irregularidades en sus propios hábitos alimentarios tienden a transmitir patrones inadecuados a sus hijos. (32)

5. Antecedentes de investigaciones previas

Un estudio descriptivo transversal realizado en San Juan de Lurigancho (Lima) en 2022 exploró el nivel de conocimiento sobre alimentación y prácticas preventivas de la obesidad en 228 cuidadores primarios de escolares. Los resultados mostraron que el 83.8 % tenía nivel de conocimiento medio, mientras sólo un porcentaje minoritario alcanzaba niveles altos o bajos. Las prácticas alimentarias en este grupo se clasificaron principalmente como regulares (65.4 %), con alto consumo de alimentos nocivos en un 80.8 % de los casos. (22) La influencia genética, reporta que tener una madre con obesidad aumenta significativamente el riesgo de obesidad en el niño (prevalencia ajustada según ENDES 2021 reporta RPa \approx 2,63). Este hallazgo subraya la combinación de predisposición genética y hábitos compartidos en el hogar.

Según datos nacionales de Lima Metropolitana y Costa (ENDES 2021), se observa que la obesidad infantil se presenta más en familias con quintiles socioeconómicos intermedio a superior. También el nivel educativo del jefe del hogar influye: niveles secundarios o superiores se asocian con mayor prevalencia de sobrepeso/obesidad en menores. Esta relación sugiere que no solo la riqueza, sino el contexto educativo y estilos de vida urbanizados con mayor disponibilidad de alimentos procesados, inciden en el riesgo.(36)

Un estudio cuasiexperimental llevado a cabo en Huaura (región Lima) en 2021, incluyó a 55 padres de familia de niños menores de 11 años que recibieron una intervención educativa sobre obesidad infantil. Antes del programa, el 83.35 % de cuidadores se ubicaba en nivel de conocimiento medio, con sólo 3.3 % en alto. Luego de la intervención, el 100 % alcanzó nivel de conocimiento alto, demostrando un efecto estadísticamente significativo ($p = 0.000$). (37)

6. Sustentos teóricos

Creencias sobre la salud: El Health Belief Model (HBM) se centra en cómo las percepciones individuales sobre susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras, autoeficacia y señales de acción influyen en la adopción de conductas preventivas de salud. (38) En relación con la obesidad infantil, se ha demostrado que las creencias del cuidador (como creer que su niño es susceptible

o que la obesidad conlleva consecuencias graves) son determinantes para apoyar la prevención y adoptar hábitos de vida saludables.

Teoría del comportamiento planificado y cómo influye en los niños: La TPB sostiene que la intención comportamental está determinada por la actitud, normas subjetivas y control percibido; estos factores influyen fuertemente en el manejo del peso corporal.(39) Aplicada a población infantil y adolescentes, estudios muestran que las intenciones de comer saludablemente o hacer actividad física (basadas en TPB) se asocian con mejoras reales en consumo de frutas y menos alimentos ultra procesados

Modelo ecológico de la salud en relación con la obesidad infantil: El Modelo Ecológico de Salud (Bronfenbrenner y adaptaciones posteriores) considera múltiples niveles de influencia: individual, interpersonal, organizacional, comunitario y políticas públicas. En obesidad infantil, se reconoce que el comportamiento del niño está modelado por interacciones dentro de la familia, escuelas, entorno físico y políticas alimentarias. (40)

En Perú (Lima-Callao), el programa “Health Promoting Schools” utilizó un enfoque ecológico en escuelas públicas para promover alimentación saludable y actividad física en adolescentes, incluyendo factores escolares, comunitarios y familiares. (41)

7. Definición operacional

Obesidad infantil: Se considera obesidad infantil cuando el índice de masa corporal (IMC) del niño o niña —calculado como peso en kg dividido por talla en m²— supera los +2 desviaciones estándar (DE) del promedio de referencia de la OMS para edad y sexo. Esto corresponde al percentil ≥ 95 en las tablas de crecimiento internacional (para niños de 5 a 19 años).(27)

Factor conocimiento: Nivel de información de los cuidadores sobre obesidad infantil, riesgos asociados, dieta equilibrada y actividad física. Medido mediante un cuestionario estructurado categorizado así: Bajo: < 60 % aciertos, Medio: 60-79 %, Alto: ≥ 80 %.(25)

Factor familiar: Conjunto de dinámicas del hogar que influyen en la alimentación y actividad del escolar, incluyendo frecuencia de comidas familiares, supervisión de porciones, normas alimentarias, apoyo a la actividad física y percepción del estado nutricional del niño. Se mide mediante un cuestionario de prácticas/rutinas familiares. (42)

Factor físico (entorno físico): Condiciones del entorno doméstico y vecinal: disponibilidad de espacios para actividad física (parques, recreo), acceso a alimentos frescos versus ultra

procesados y tiempo de pantalla controlado. Se mide mediante observación y preguntas sobre infraestructuras físicas, proximidad a parques, frecuencia de ejercicio y hábitos sedentarios. (43)

Conocimientos: Corresponde al grado de información que poseen los cuidadores sobre riesgos, prevención, nutrición y actividad física relacionados con la obesidad infantil. Se clasifica en niveles bajo, medio o alto según el porcentaje de respuestas correctas obtenidas en el cuestionario.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H0: No existen factores relacionados con los conocimientos preventivos sobre la obesidad infantil en cuidadores de escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025

H1: Si existen factores relacionados con los conocimientos preventivos sobre la obesidad infantil en cuidadores de escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025

2.3.2 Hipótesis específica

Los factores sociodemográficos se asocian significativamente con los conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores de escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025.

El factor familiar presenta relación significativa con los conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores de escolares en el colegio privado Santa Isabel, 2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Hipotético deductivo: La presente investigación se fundamenta en el método hipotético-deductivo, el cual consiste en partir de una teoría o marco conceptual para plantear hipótesis que posteriormente se contrastan con la realidad mediante la recolección y el análisis de datos. Este enfoque parte de una idea general que permite derivar proposiciones específicas y ponerlas a prueba de manera empírica. Cuando los resultados coinciden con lo planteado, la hipótesis se considera sustentada provisionalmente, aunque nunca se acepta como verdad absoluta, dado que nuevos hallazgos podrían refutar. En caso de que los datos no respalden la hipótesis, ésta se descarta o se reformula para una nueva comprobación. Se trata de un procedimiento lógico, sistemático y ampliamente empleado en la investigación cuantitativa contemporánea. (44)

Este método sigue varias fases: (1) identificación y análisis del problema, (2) formulación de una hipótesis susceptible de ser refutada, (3) deducción de predicciones o consecuencias observables, (4) verificación mediante experimentación o recopilación de información empírica y (5) evaluación crítica de los resultados para determinar si la hipótesis se mantiene o se rechaza. Un aspecto esencial de este proceso es la falsabilidad, es decir, la capacidad de una hipótesis de ser desmentida por la evidencia, condición indispensable para su validez científica. (44)

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo: la investigación cuantitativa según Survey Monkey, es una metodología que facilita la extracción de conclusiones generales de la investigación y la predicción de resultados. Estos métodos están diseñados para recopilar datos numéricos que permiten medir variables. Al permitir la medición y el análisis preciso de datos numéricos, los estudios cuantitativos proporcionan resultados objetivos y generalizables, permite a los investigadores comprobar hipótesis específicas y establecer relaciones de causa y efecto con gran precisión. (45)

3.3. Tipo de investigación

Básico: También denominada investigación fundamental, teórica o doctrinal, este tipo de estudio se distingue por apoyarse íntegramente en un marco conceptual sin buscar aplicaciones inmediatas. Su propósito principal es generar, ampliar o reformular teorías y conocimientos científicos o filosóficos, manteniéndose en el plano abstracto y conceptual, sin llevar a cabo pruebas directas en escenarios prácticos o experimentales. (46)

Nivel correlacional: La investigación correlacional se enfoca en identificar el grado de relación existente entre dos o más variables sin manipularlas, utilizando análisis estadísticos para determinar si cambian de forma conjunta, sin establecer causalidad. (46) En el presente estudio, el nivel correlacional se sustenta en el análisis de la asociación entre los factores

sociodemográficos y familiares (variable independiente) y el nivel de conocimiento preventivo sobre obesidad infantil en cuidadores de escolares (variable dependiente), sin manipulación de variables.

3.4. Diseño de investigación

No experimental: Se entiende por investigación no experimental cuando se realiza un estudio sin manipular deliberadamente las variables. (45)

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población de estudio estuvo integrada por los cuidadores responsables de los niños matriculados en la institución educativa privada Santa Isabel durante el periodo académico correspondiente al año 2025.

Criterios de inclusión

1. Cuidadores con niños matriculados en el colegio Santa Isabel que pertenezcan a primaria
2. Edad de los cuidadores entre 18-65 años
3. Cuidadores que den su autorización en el consentimiento informado para participar del estudio.

Criterios de exclusión

1. Cuidadores menores de 18 años
2. Personas que no tienen relación de cuidado directo con los escolares
3. Cuidadores que no firmen el consentimiento informado o que no deseen participar
4. Cuidadores que padezcan enfermedades o condiciones que impidan participar de la encuesta

3.5.2. Muestra

La muestra fue 215 adecuada para representar a la población de estudiantes, lo que posibilita realizar inferencia estadística sobre los cuidadores de los niños del colegio Santa Isabel 2025 con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%

Para el cálculo de muestra se utilizó el estudio “Efectividad de una Intervención Educativa para Prevención de Obesidad Infantil en una Unidad de Medicina Familiar” para ser utilizado de referencia teniendo en cuenta que la variable conocimientos fue la de interés. (47)

Formula:

$$\frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

$$P1 = 0.36$$

$$P2 = 0.57$$

$$z_{1-\alpha/2} = 1.96 \text{ (correspondiente al nivel de confianza del 95\%)}$$

$$z_{1-\beta} = 0.84 \text{ (correspondiente al poder estadístico del 80\%)}$$

$$PM = 0.465$$

$$\frac{[1.96\sqrt{2 \times 46.5} - 0.84\sqrt{36(1 - 36) + 0.57(1 - 57)}]^2}{(36 - 57)^2}$$

Total: 215

3.5.3. Muestreo

La población de estudio estuvo conformada por los cuidadores responsables de los niños matriculados en la Institución Educativa Santa Isabel durante el periodo académico 2025. Para la selección de la muestra se empleó un muestreo aleatorio simple, técnica que asegura imparcialidad en la elección de los participantes y fortalece la validez de los resultados.

3.6 Variables y operacionalización

3.6.1 Variable 1: Factores asociados

Condiciones o características de tipo sociodemográfico y familiar que pueden asociarse al nivel de conocimientos preventivos sobre la obesidad infantil que poseen los cuidadores primarios.

1. Factor sociodemográfico: Características sociales y económicas del cuidador o la familia, como edad, nivel educativo, ocupación e ingresos, que inciden en la salud del niño.
2. Factor familiar: Conjunto de dinámicas, normas y hábitos del hogar que influyen en la alimentación y actividad física del niño.

3.6.2. Variable 2: Conocimiento sobre obesidad infantil

La variable conocimiento se define como el conjunto de saberes, conceptos y comprensiones que poseen los cuidadores respecto a la obesidad infantil, incluyendo su definición, factores de riesgo, consecuencias y estrategias de prevención.

Tabla 1 Operacionalización de la variable factores asociados

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Escala valorativa
Factores asociados	Condiciones o características de tipo sociodemográfico, familiar y de actividad física que pueden influir en el nivel de conocimientos preventivos sobre la obesidad infantil que poseen los cuidadores primarios.	Variable medida mediante cuestionario estructurado que recopila información sobre las características sociodemográficas del cuidador, las dinámicas y hábitos familiares, y las prácticas de actividad física del niño. Los datos se codificarán y analizarán para identificar su relación con los conocimientos preventivos sobre obesidad infantil.	Factores Sociodemográficos	Dpto. de residencia	Cualitativa	-	-
				Nombre y Apellido		-	-
				Edad		De razón	Número en años
				Grado de Instrucción		Ordinal	Sin estudios, primaria, secundaria y superior
				Ocupación		-	-
				Estado Civil		Ordinal	Soltera, casada, separada, viuda y conviviente
				Encargada de alimentos		-	-
				Sexo		-	-
			Fecha de Nacimiento	De intervalo	-		
			Turno	-	-		
			Sección	-	-		
			Factor familiar	Cohesión: 1 y 8	Cualitativa Ordinal	Escala de Likert [1] Casi nunca [5] Casi siempre	De 57 a 70: Familia funcional
				Armonía: 2 y 13			De 43 a 56: Familia moderadamente funcional
				Comunicación: 5 y 11			De 28 a 42: Familia disfuncional
Roles: 3 y 9	De 14 a 27: Familia severamente disfuncional						
Adaptabilidad: 6 y 10							
Permeabilidad: 7 y 12							

Tabla 2 Operacionalización de la variable conocimiento sobre obesidad infantil

Variab les	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Escala valorativa
Conocimiento sobre obesidad infantil	Grado de información y comprensión que tienen los cuidadores sobre la obesidad infantil, incluyendo su definición, causas, consecuencias, riesgos y medidas preventivas, así como conceptos clave de alimentación saludable.	Variable evaluada mediante un cuestionario con ítems sobre obesidad infantil (definición, causas, consecuencias, riesgos) y alimentación saludable (definición, relevancia, frecuencia de comidas, importancia de la lonchera y definiciones clave). Las respuestas se puntuarán y clasificarán en niveles de conocimiento según criterios establecidos	Actividad Física	Definición de actividad física: 13 Importancia de la actividad física: 14 Actividades recomendadas para mantener buen peso: 15 Tiempo recomendado de pantalla: 16	Cualitativa Nominal	Opción Múltiple	Bajo: 0-2
			Obesidad Infantil	Definición: 1 Causas: 2 Consecuencias: 3 Identificación de riesgos: 4 y 5			Medio: 3
			Alimentación Saludable	Definición: 6 Relevancia: 7 Frecuencia de comidas: 8 Importancia de lonchera: 10 Definiciones clave 9, 11 y 12			Alto: 4

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La recolección de datos se realizó mediante encuestas virtuales, una técnica que permite obtener información estandarizada de numerosos participantes en poco tiempo y facilita el análisis estadístico en estudios cuantitativos. Con la autorización del colegio Santa Isabel, se encuestó a los cuidadores de los menores, explicándoles previamente el objetivo del estudio y garantizando el respeto a los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se utilizaron 2 instrumentos previamente validados COAFALI (conocimientos), y TEST FF-SIL (funcionalidad familiar).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Ficha sociodemográfica: Instrumento diseñado para recopilar información general del participante como edad, sexo, grado académico, tipo de institución educativa, entre otros. Consta de preguntas cerradas y abiertas. Su finalidad es contextualizar las variables del estudio y permitir una mejor interpretación de los resultados.

Cuestionario de Factores Familiares (COAFALI): El cuestionario COAFALI (Conocimiento de Obesidad, Actividad Física y Alimentación), diseñado por Fernández P.G., Sarmiento P.K. y Vera M.Y. en el marco de un estudio sobre el nivel de conocimientos en prevención de la obesidad infantil. Este instrumento, conformado por 16 preguntas cerradas distribuidas en tres dimensiones, generalidades de la obesidad infantil, alimentación saludable y actividad física. (48).

Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL): El instrumento compuesto por 14 ítems cerrados que evalúa la percepción de los miembros del hogar respecto a su dinámica interna. Considera seis dimensiones fundamentales: cohesión (grado de unión emocional), armonía (equilibrio entre necesidades individuales y familiares), comunicación (calidad y claridad en los intercambios), adaptabilidad (capacidad para afrontar cambios y resolver problemas), afectividad (manifestación y reconocimiento de emociones) y roles (definición y cumplimiento de funciones). Cada ítem se valora en una escala tipo Likert de cinco opciones desde “siempre” hasta “nunca”, generando un puntaje total que oscila entre 14 y 70. Según este puntaje, la funcionalidad familiar se clasifica en tres niveles: alta (57-70), disfunción moderada (43-56) y disfunción severa (42 o menos).

3.7.3 Validación

Cuestionario de Factores Familiares COAFALI: Fernández Pérez, Sarmiento Pacheco y Vera Mory en “Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la institución educativa inicial Luis Enrique XIII, Comas – 2015” validaron en Perú originalmente mediante juicio de expertos, por con la participación de nueve especialistas de diversas áreas afines al tema (metodólogos, pediatras, enfermeros y nutricionistas) (48), fue nuevamente

sometido a validez de contenido con siete jueces expertos (enfermeras clínicas, docentes y un pedagogo), considerando que la población objetivo estaba conformada por madres de escolares, con el fin de garantizar la pertinencia y adecuación del instrumento. En cuanto a la confiabilidad, las autoras reportaron un coeficiente Kuder-Richardson de 0,69 a partir de una prueba piloto; adicionalmente, en esta investigación se realizó una nueva prueba piloto con 15 participantes, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0,76, lo que confirma su consistencia interna. (49) El cuestionario cuenta con una escala de puntuación en la que cada respuesta correcta equivale a un punto y la incorrecta a cero, con un total máximo de 16 puntos. La clasificación de los niveles de conocimiento se realizó conforme a los puntos de corte establecidos en la validación original del instrumento COAFALI, categorizándose en nivel alto (14–16 puntos), medio (11–13 puntos) y bajo (0–10 puntos), permitiendo evaluar de manera precisa el nivel de conocimiento de las participantes sobre la prevención de la obesidad infantil.

3.7.4 Confiabilidad

Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), Álvarez Machuca en “Validez y confiabilidad del test de funcionamiento familiar FF-SIL en estudiantes universitarios de una institución pública y privada de Lima” describe sus propiedades psicométricas, cuenta con validez de contenido confirmada mediante juicio de expertos, alcanzando una concordancia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) a través de la prueba binomial, lo que garantiza la pertinencia y representatividad de sus ítems. Su confiabilidad ha sido determinada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con un valor de 0,82, considerado óptimo y que refleja una elevada consistencia interna, asegurando que las mediciones sean estables y homogéneas en distintas aplicaciones. (50)

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados a través del instrumento se organizaron en una base de datos en Microsoft Excel y posteriormente fueron exportados al software estadístico SPSS v. 26 para su procesamiento y análisis.

En el análisis univariado, las variables categóricas, se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

En el análisis bivariado, se aplicó la prueba chi-cuadrado de contraste de hipótesis para evaluar asociaciones entre variables, con sus intervalos de confianza al 95 %. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

3.9 Aspectos éticos

Este estudio se desarrolló bajo las normas éticas internacionales y los principios de la Declaración de Helsinki garantizando el respeto, la dignidad y los derechos de los participantes.

(51) Se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Privada Norbert Wiener y se aplicó encuestas sin generar riesgos físicos, psicológicos ni sociales. Los cuidadores fueron informados del objetivo del estudio, dieron su consentimiento libre y se protegió su anonimato y la confidencialidad de los datos conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, siguiendo los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 3 descripción de los factores sociodemográficos

		Recuento	% de N columnas
Edad	18 a 26	7	3,3%
	27 a 35	63	29,3%
	36 a más	145	67,4%
Número de hijos en la institución	Ninguno	1	0,5%
	Uno	128	59,5%
	Dos	64	29,8%
	Tres	19	8,8%
	Cuatro	2	0,9%
	Cinco	0	0,0%
	Seis	1	0,5%
Grado de instrucción	Sin estudios	1	0,5%
	Primaria	14	6,5%
	Secundaria	26	12,1%
	Superior técnico	63	29,3%
	Superior universitario	111	51,6%
Estado civil	Soltero(a)	50	23,3%
	Conviviente	40	18,6%
	Casado(a)	109	50,7%
	Divorciado(a)	13	6,0%
	Viudo(a)	3	1,4%
Ocupación	Ama de casa	46	21,4%
	Trabajo dependiente	103	47,9%
	Trabajo independiente	66	30,7%
Lugar de procedencia	Lima	154	71,6%
	Provincia	56	26,0%
	Extranjero	5	2,3%
Encargado de preparar la lonchera	Madre	139	64,7%
	Padre	18	8,4%
	Otro	58	27,0%
Sexo	Masculino	105	48,8%
	Femenino	110	51,2%
Edad del niño	7	74	34,4%
	8	68	31,6%

	9	73	34,0%
Grado del hijo	Primero	74	34,4%
	Segundo	67	31,2%
	Tercero	74	34,4%

En la tabla 3 se observa las características sociodemográficas de la muestra (215), donde se evidencia que la mayoría de las personas encuestadas en una institución educativa tiene más de 36 años (67%). En cuanto al número de hijos el 59.5% (128) tiene solo uno en la IE, seguido del 29.8% (64) con dos. En cuanto al grado de instrucción, se destaca que prevalecen las personas con estudios superiores universitarios y técnicos con 51.6% (111) y 29.3% (63) respectivamente. Además, el 50.7% (109) son casados y 47.9% (103) tienen además un trabajo dependiente. Así mismo se observa que un 71.6% (154) proviene de Lima, el resto de provincia o del extranjero. También se observa que los encargados de preparar la lonchera de sus niños en mayoría son las madres (64.7%) mientras que el porcentaje restante (37.3%) corresponde al padre o algún otro familiar. El 51.2% de encuestados fueron mujeres y 48.8% varones. La edad de sus hijos oscila entre 7 y 8 años, pues están en primero, segundo y tercer grado de primaria.

Tabla 4 Descripción de los factores familiares

		Recuento	% de N columnas
Factores familiares	Familia severamente disfuncional	1	0,5%
	Familia disfuncional	13	6,0%
	Familia moderadamente funcional	90	41,9%
	Familia funcional	111	51,6%

En la tabla 4, se observa que el 51.6% (111) de encuestados tiene una familia funcional, seguido de un 41.9% con familia moderadamente funcional, y la diferencia evidencia proceder de una familia disfuncional o severamente disfuncional.

Análisis descriptivo de los resultados de la variable conocimientos sobre obesidad

Tabla 5 Distribución de la variable conocimiento sobre obesidad y sus dimensiones

		Recuento	% de N columnas
Conocimiento sobre obesidad	Bajo	3	1,4%
	Medio	41	19,1%
	Alto	171	79,5%
	Bajo	4	1,9%

Conocimiento sobre obesidad infantil	Medio	57	26,5%
	Alto	154	71,6%
Conocimiento sobre alimentación saludable	Bajo	8	3,7%
	Medio	101	47,0%
	Alto	106	49,3%
Conocimiento sobre actividad física	Bajo	2	0,9%
	Medio	22	10,2%
	Alto	191	88,8%

En la tabla 5 se puede observar que la mayoría de 215 encuestados (79.5%) tiene un alto nivel de conocimientos preventivos sobre la obesidad, el 19.1% tiene un conocimiento medio y solamente el 1.4% tiene un bajo conocimiento. En particular sobre el conocimiento de obesidad infantil, 71.6% evidencia un nivel alto y la diferencia entre un nivel medio o bajo. En cuanto al conocimiento sobre alimentación saludable, 49.3% demostraron que tienen alto conocimiento, 47% conocimiento medio y 3.7% bajo conocimiento. Por último, sobre la actividad física para prevenir la obesidad, el 88.8% demostró tener altos conocimientos, solamente 10.2% un conocimiento medio y 0.9% un bajo conocimiento.

Distribución de la tabla de contingencia de las variables factores asociados y conocimiento sobre obesidad

Tabla 6 Tabla cruzada entre variables factores sociodemográficas y conocimiento sobre obesidad

		Conocimiento sobre obesidad						X ² Sig.
		Bajo		Medio		Alto		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	18 a 26	2	0,9%	0	0,0%	5	2,3%	0.000
	27 a 35	0	0,0%	21	9,8%	42	19,5%	
	36 a más	1	0,5%	20	9,3%	124	57,7%	
Número de hijos en la institución	Ninguno	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	0.042
	Uno	0	0,0%	23	10,7%	105	48,8%	
	Dos	1	0,5%	14	6,5%	49	22,8%	
	Tres	2	0,9%	3	1,4%	14	6,5%	
	Cuatro	0	0,0%	0	0,0%	2	0,9%	
	Cinco	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Grado de instrucción	Seis	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	0,013
	Sin estudios	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	
	Primaria	1	0,5%	4	1,9%	9	4,2%	
	Secundaria	0	0,0%	11	5,1%	15	7,0%	

	Superior técnico	2	0,9%	11	5,1%	50	23,3%	
	Superior universitario	0	0,0%	15	7,0%	96	44,7%	
Estado civil	Soltero(a)	1	0,5%	5	2,3%	44	20,5%	0,727
	Conviviente	1	0,5%	8	3,7%	31	14,4%	
	Casado(a)	1	0,5%	23	10,7%	85	39,5%	
	Divorciado(a)	0	0,0%	4	1,9%	9	4,2%	
	Viudo(a)	0	0,0%	1	0,5%	2	0,9%	
Ocupación	Ama de casa	0	0,0%	10	4,7%	36	16,7%	0,471
	Trabajo dependiente	3	1,4%	19	8,8%	81	37,7%	
	Trabajo independiente	0	0,0%	12	5,6%	54	25,1%	
Lugar de procedencia	Lima	1	0,5%	28	13,0%	125	58,1%	0,087
	Provincia	2	0,9%	10	4,7%	44	20,5%	
	Extranjero	0	0,0%	3	1,4%	2	0,9%	
Encargado de preparar la lonchera	Madre	3	1,4%	29	13,5%	107	49,8%	0,000
	Padre	0	0,0%	11	5,1%	7	3,3%	
	Otro	0	0,0%	1	0,5%	57	26,5%	
Sexo	Masculino	1	0,5%	18	8,4%	86	40,0%	0,659
	Femenino	2	0,9%	23	10,7%	85	39,5%	
Edad del niño	7	2	0,9%	14	6,5%	58	27,0%	0,309
	8	1	0,5%	9	4,2%	58	27,0%	
	9	0	0,0%	18	8,4%	55	25,6%	
Grado del hijo	Primero	2	0,9%	14	6,5%	58	27,0%	0,338
	Segundo	1	0,5%	9	4,2%	57	26,5%	
	Tercero	0	0,0%	18	8,4%	56	26,0%	

La tabla 6 evidencia como información relevante que los únicos factores que tienen relación con el nivel de conocimiento preventivo de la obesidad infantil por parte de los cuidadores responsables son la edad del encargado (sig. = 0,000); el número de hijos matriculados en la institución (sig. = 0.042), el grado de instrucción (sig. = 0.013) de los cuidadores primario y el encargado de la preparación de la lonchera (sig. 0.000), pues el valor de coeficiente de X^2 está por debajo de 0.05.

Tabla 7 Tabla cruzada entre las variables factores familiares y conocimiento sobre obesidad

Factores familiares	Familia severamente disfuncional	Conocimiento sobre obesidad						
		Bajo		Medio		Alto		X^2
		n	%	n	%	n	%	
		0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	

Familia disfuncional	0	0,0%	6	2,8%	7	3,3%	0,018
Familia moderadamente funcional	3	1,4%	16	7,4%	71	33,0%	
Familia funcional	0	0,0%	18	8,4%	93	43,3%	

En la tabla 7, se observa que los factores familiares tienen una vinculación relevante con el conocimiento sobre la obesidad por parte de los cuidadores responsables (sig. < 0.05).

4.1.2. Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis general.

Ha: Existe asociación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios.

Ho: No existe asociación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios.

Tabla 8 Prueba de la hipótesis general

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,310 ^a	6	,038
Razón de verosimilitud	13,273	6	,039
Asociación lineal por lineal	8,888	1	,003
N de casos válidos	215		

Observando la tabla 8 se tiene que el valor de sig. = 0,038 < 0,05, por tanto, se rechaza la hipótesis nula en favor de la hipótesis alterna, es decir existe asociación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios.

Prueba de hipótesis específicas

Prueba de hipótesis específica 1.

H1: Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos.

Ho: No existe asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos.

Tabla 9 Prueba de hipótesis específica 1

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,162 ^a	6	,041
Razón de verosimilitud	8,690	6	,192
Asociación lineal por lineal	1,565	1	,211
N de casos válidos	215		

Observando la tabla 7 se ve que el valor de sig. = 0,041 < 0,05, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir que, existe asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos de obesidad infantil.

Prueba de hipótesis específica 2.

H2: Existe asociación entre el factor familiar y los conocimientos preventivos.

Ho: No existe asociación entre el factor familiar y los conocimientos preventivos.

Tabla 10 Prueba de hipótesis específica 2

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,285 ^a	6	,018
Razón de verosimilitud	14,127	6	,028
Asociación lineal por lineal	7,101	1	,008
N de casos válidos	215		

Según la tabla 10 se tiene que el valor de sig. = 0,018 < 0,05 por tanto se desestima la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual determina que existe asociación entre el factor familiar y los conocimientos preventivos sobre obesidad infantil.

4.1.3 Discusión de resultados

Los resultados vinculados al objetivo general evidenciaron que existen factores asociados al nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios, y que además estos están relacionados de manera significativa (Sig. = 0,038 < 0,05). Estos hallazgos indican que las características del entorno familiar, sociocultural y conductual inciden directamente en la adquisición y aplicación de información preventiva de la obesidad en los niños. En esa línea, los resultados del estudio realizado por Molina (2024) indicaron que las decisiones

equivocadas de los adultos respecto de la alimentación de sus niños incrementan el riesgo de la obesidad infantil. Además, los patrones de comportamiento y cognición de los cuidadores moldean las prácticas alimentarias y los entornos de los que los niños se desarrollan (10). De forma similar, Barbosa et al. (2024) en su estudio identificaron bajos niveles en la alfabetización nutricional y en la participación familiar respecto de estrategias preventivas, lo cual coincide con el presente estudio dado que pone en evidencia que los conocimientos en prevención de la obesidad se ven afectados por factores domésticos y del sistema de salud (18).

Estos hallazgos se articulan empíricamente con fundamentos teóricos del Modelo de Creencias en Salud (HBM), los cuales plantean que la percepción del riesgo y la gravedad condiciona la adopción de conductas preventivas (38). En esa perspectiva, Altamirano y Hetz (2025) sostienen que los niveles de conocimiento varían según la cultura y las creencias de las comunidades, lo cual respalda la incidencia de los factores socioculturales en la formación del conocimiento preventivo de la obesidad (19). En este sentido se puede inferir que las conductas infantiles respecto de la alimentación se ven configuradas por interacciones entre la familia, la escuela y la comunidad; por tal motivo, una alfabetización nutricional limitada del cuidador infantil sobre nutrición podría repercutir en la elección de una alimentación y actividad física óptima en la infancia.

Respecto al objetivo específico 1, este estuvo orientado a determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios. Los resultados reportaron un valor de significancia de $\text{sig.} = 0.041 < 0.05$. Ello es un indicador que permite afirmar que factores como la edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, entre otros, inciden en la comprensión y la práctica de medidas preventivas de la obesidad en los infantes. Estos hallazgos, concuerdan con la evidencia reportada en el estudio de Bertomeu et al. (2024), donde identificó que los niveles educativos bajos y las precarias condiciones socioeconómicas están vinculadas a factores obesogénicos y menor conocimiento nutricional por parte de los padres (6).

En ese sentido, Fischer et al. (2025) sostienen que el nivel socioeconómico, las creencias y la edad explican variaciones relevantes respecto del modelado alimentario. Esta evidencia se alinea con los resultados de la presente investigación, en la medida que revela que las características estructurales del cuidador están asociadas directamente con los niveles de conocimiento orientado a la prevención de la obesidad. Al respecto en el contexto peruano, datos proporcionados por el INEI (2023) confirman esta tendencia al reportar que los factores de pobreza y el acceso limitado a educación nutricional inciden en la elección de alimentos con bajos valores nutricionales, situación que genera repercusiones en la salud infantil (21).

Desde otra perspectiva teórica, los hallazgos se sustentan en la teoría del comportamiento planificado de Mazloomi-Mahmoodabad (39) que subraya el rol de las creencias, las normas subjetivas, así como el control percibido en la adopción de conductas de prevención. Los factores sociodemográficos son determinantes en las percepciones y creencias, inciden en la formación de intenciones y por ende en las conductas alimentarias de los hogares. Desde el punto de vista ecológico, el entorno familiar y social se configuran como un factor relevante que puede facilitar o limitar el acceso a una alimentación saludable y oportunidades de actividad física.

En cuanto al objetivo específico 2, que estuvo encaminado a determinar la asociación entre el factor familiar y los conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios de escolares, los reportes de los análisis estadísticos indicaron una significancia calculada de 0.018, lo cual demuestra la existencia de una asociación significativa de los factores familiares con el nivel de conocimiento preventivo. Este resultado infiere que aspectos como la funcionalidad familiar, los roles, la comunicación, la armonía, determinan la calidad del conocimiento, así como su puesta en práctica. En esa línea, Portugal (2022) reportó que los cuidadores en mayoría tienen conocimientos básicos o medios en la prevención de obesidad, por lo que presentan dificultades en la comprensión de conceptos básicos relacionados con la nutrición, situación que pone de manifiesto las brechas existentes respecto de la información que puede restringir las prácticas preventivas pertinentes (22).

En esa línea, estudios como el de Muñante (2023) han evidenciado que una proporción considerable de cuidadores no le da mucha importancia al estado nutricional de sus hijos o de los niños que están a su cargo, lo cual revela la brecha sustantiva entre la percepción familiar y la realidad objetiva (24). Esto guarda relación con los hallazgos del presente estudio que sugieren que la dinámica y las creencias familiares se vinculan de manera directa con el grado de conocimiento preventivo de la obesidad infantil. de manera complementaria, las investigaciones de Chui et al. (2024) y de Palomino et al. (2021) subrayan la influencia de los estilos de vida de las familias, particularmente el sedentarismo y el excesivo uso de tecnologías como factores relevantes que inciden en la configuración de peso del infante (25).

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos pueden interpretarse a través del Modelo de Creencias en Salud (HBM), que sostiene que la familia representa el contexto primario en el cual se configuran y consolidan las percepciones de susceptibilidad y severidad frente a la obesidad infantil (38). Mientras que la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) explica que las prácticas familiares emergen de las intenciones conductuales mediadas por las normas compartidas, las creencias y las percepciones de autocontrol (39). En esa línea el Modelo Ecológico aporta un enfoque comprensivo al resaltar que el nivel interpersonal, especialmente el

entorno familiar, es un eje clave de las conductas alimentarias y de la actividad física, lo cual es coherente con las evidencias encontradas (40).

En resumen, los resultados correspondientes a cada uno de los tres objetivos planteados convergen en poner en evidencia que los conocimientos preventivos respecto de la obesidad infantil no se configuran como un constructo aislado, sino como una competencia vinculada con factores familiares, sociodemográficos y culturales. Por tanto, lo hallado en este estudio se alinea con la literatura científica global que subraya que la prevención de la obesidad infantil demanda un abordaje multicausal y un fortalecimiento de las competencias parentales guiado por teorías del comportamiento y modelos ecológicos de salud.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primero: se determinó que existen factores asociados al nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en los cuidadores primarios de escolares en una institución educativa ($p = 0,038$). Ello confirma que el conocimiento preventivo está condicionado por factores personales, familiares y contextuales, los cuales repercuten directamente en la capacidad del cuidador para comprender y aplicar prácticas orientadas a prevenir el exceso de peso infantil.

Segundo: se determinó que los factores sociodemográficos están asociados significativamente al nivel de conocimientos preventivos respecto de la obesidad infantil en una institución educativa ($p = 0,041$). Factores como el nivel educativo y la condición socioeconómica del cuidador inciden en la adopción de información nutricional y en la apropiación de hábitos saludables en el entorno familiar.

Tercero: se determinó que los factores familiares presentan una asociación relevante con los conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en los cuidadores primarios de una institución educativa ($p = 0,018$). Factores como la funcionalidad familiar, la comunicación adecuada y las prácticas de crianza condicionan de manera determinante la adquisición y aplicación del conocimiento preventivo en la vida cotidiana del niño.

5.2. Recomendaciones

Primero: a las autoridades de la institución educativa se recomienda implementar programas institucionales permanentes con el asesoramiento de profesionales de la salud orientados a la prevención de la obesidad infantil, estos deben estar dirigidos no solo a los cuidadores primarios, sino también a los padres y alumnos; donde se integren educación nutricional, promoción de la actividad física y orientación para estilos de vida saludables,

Segundo: a las autoridades de la institución educativa se sugiere diseñar estrategias educativas diferenciadas de acuerdo al perfil sociodemográfico de las familias, para asegurar que los contenidos preventivos sean claros, accesibles y culturalmente pertinentes, con la finalidad de aminorar las brechas de conocimiento para fortalecer la alfabetización en salud de los cuidadores primarios.

Tercero: se recomienda fomentar la participación activa de las familias, puede ser a través de escuelas de padres, talleres vivenciales y/o espacios de orientación familiar, donde se promueva la comunicación, el modelado de hábitos saludables y la adecuada percepción del estado nutricional de los estudiantes, de tal manera que la institución educativa se

constituya en un eje articulador entre familia, escuela y comunidad en aras de prevenir la obesidad infantil.

REFERENCIAS

1. Ji W, Du J, Li X, Hu Y, Liang A, Xu X. Associations between caregivers' health behaviours and overweight/obesity among children aged 2-6 years in Beijing, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 3 de febrero de 2025;15(2):e086470.
2. Wang H, Xu J, Cao W, Xu P, Gan Q, Yang T, et al. Perceptions of Primary Caregivers on Children's Weight Status Versus Actual Weight Status in Children Aged 6-15 Years - China, 2021. *China CDC Wkly*. 16 de junio de 2023;5(24):538-41.
3. La obesidad infantil, un asunto de acción. | UNICEF [Internet]. [citado 20 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/historias/la-obesidad-infantil-un-asunto-de-accion>
4. Jalilzadeh M, Goharinezhad S. Exploring the multifaceted factors influencing overweight and obesity: a scoping review. *Front Public Health* [Internet]. 9 de abril de 2025 [citado 20 de julio de 2025];13:1540756. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1540756/full>
5. Current challenges and opportunities for addressing obesity.
6. Bertomeu-Gonzalez V, Sanchez-Ferrer F, Quesada JA, Nso-Roca AP, Lopez-Pineda A, Ruiz-Nodar JM. Prevalence of childhood obesity in Spain and its relation with socioeconomic status and health behaviors: Population-based cross-sectional study. *Med Clínica* [Internet]. 16 de agosto de 2024 [citado 20 de julio de 2025];163(3):121-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775324001994>
7. Singh R, Srivastava S. Prevalence of Childhood Obesity and Overweight Among 6-12 Years of Children in Lucknow City and Its Association with Socio-Demographic Factors. *Int J Res Rev* [Internet]. 11 de junio de 2024 [citado 20 de julio de 2025];11(5):635-40. Disponible en: https://www.ijrrjournal.com/IJRR_Vol.11_Issue.5_May2024/IJRR74.pdf
8. (PDF) Prevalence and Determinants of Obesity and Overweight Among Children and Adolescents in the Middle East and North African Countries: An Updated Systematic Review. *ResearchGate* [Internet]. 7 de julio de 2025 [citado 20 de julio de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/380743556_Prevalence_and_Determinants_of_Obe

sity_and_Overweight_Among_Children_and_Adolescents_in_the_Middle_East_and_North_African_Countries_An_Updated_Systematic_Review

9. Guinan K. Childhood Obesity and System-involved Youth.
10. Molina M, Guindon GE, Anderson LN, Tarride JE. Association between children's caregivers time preferences and childhood overweight and obesity in Mexico. PLOS ONE [Internet]. 7 de marzo de 2024 [citado 21 de julio de 2025];19(3):e0283455. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10919595/>
11. Brunce AAV. METADATOS COMPLEMENTARIOS Datos de la autora.
12. Factores sociales y el estado nutricional del niño en una Institución Educativa Pública, Lima - Perú 2024 | ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/1168?utm_source=chatgpt.com
13. Standards for Healthy Eating, Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep in Early Childhood Education and Care Settings: A Toolkit. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
14. Prevalencia mundial, regional y nacional del sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente, 1990-2021, con pronósticos hasta 2050: un estudio de pronóstico para el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades 2021 - Perfiles de investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington [Internet]. [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://profiles.wustl.edu/en/publications/global-regional-and-national-prevalence-of-child-and-adolescent-o?utm_source
15. Análisis del panorama del sobrepeso y obesidad infantil y adolescente en Perú | UNICEF [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/analisis-del-panorama-del-sobrepeso-y-obesidad-infantil-y-adolescente-en-peru>
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-117-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-en-el-ano-2022-14397/>

17. Observatorio Nacional de Prospectiva [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: <https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/tg14>
18. Barbosa MIDC, Paula LSD, Recine E. A integralidade no cuidado da obesidade infantil em municípios brasileiros. Rev Saúde Pública [Internet]. 22 de julio de 2024 [citado 21 de julio de 2025];58(1):33. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/230138>
19. Altamirano N, Hetz E. Creencias sobre alimentación y obesidad infantil en cuidadores de escolares mapuches y no mapuches. An Venez Nutr [Internet]. 22 de octubre de 2024 [citado 21 de julio de 2025];37(1):2-13. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org/ve/ediciones/2024/1/art-2/>
20. Oudat Q, Lee RC, Miller EL, Couch SC, Bakas T. The Factors Influencing Feeding Practices of Primary Caregivers of Preschoolers: A Theory-Based Cross-Sectional Study. Child Basel Switz. 13 de febrero de 2025;12(2):226.
21. Espinoza PA. infobae. 2024 [citado 21 de julio de 2025]. INEI relaciona la pobreza con el aumento de obesos en Perú: “El pobre no se nutre, se llena la barriga con la comida chatarra”. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/05/18/inei-relaciona-la-pobreza-con-el-aumento-de-obesos-en-peru-el-pobre-no-se-nutre-se-llena-la-barriga-con-la-comida-chatarra/>
22. Nivel_PortugalQuispe_Angiee.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16719/Nivel_PortugalQuispe_Angiee.pdf?sequence=1&utm_source=chatgpt.com
23. UNFV_FMHU_Perez_Fernandez_Jhon_Bryan_Titulo_profesional_2024.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8509/UNFV_FMHU_Perez_Fernandez_Jhon_Bryan_Titulo_profesional_2024.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com
24. Muñante Ramirez Estefany (2023) Percepción del estado nutricional de los hijos y su relación con el sobrepeso y obesidad infantil en dos colegios Ica - Perú, 2023. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/98216b82-95cf-4b76-88ad-55d1b8260955/content>

25. Chui Betancur HN, Puño Canqui LG, Romero Yapuchura YY, Pérez Argollo K, Chura Cahuana SÁ, Condori Castillo WW. Obesidad infantil en estudiantes de educación primaria en Puno, Perú (Childhood obesity among elementary school students in Puno, Peru). Retos [Internet]. 12 de marzo de 2024 [citado 21 de julio de 2025];54:466-77. Disponible en: <https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/102529>
26. Factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 12 años, del Distrito de Huancayo, 2020 [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/3129>
27. Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity [Internet]. [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>
28. CDC. BMI. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Child and Teen BMI Categories. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bmi/child-teen-calculator/bmi-categories.html>
29. RM-034-2024-MINSA.pdf [Internet]. [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-034-2024-minsa.pdf>
30. Perú CM del. LA OBESIDAD INFANTIL SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA CRÍTICO EN EL PERÚ [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2023 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/la-obesidad-infantil-se-convierte-en-un-problema-critico-en-el-peru/>
31. Fruh S, Williams S, Hayes K, Hauff C, Hudson GM, Sittig S, et al. A practical approach to obesity prevention: Healthy home habits. J Am Assoc Nurse Pract [Internet]. 27 de enero de 2021 [citado 25 de julio de 2025];33(11):1055-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8313625/>
32. Mazurkiewicz A, Raczkowska E. The Connection between Knowledge and the Nutritional Behaviour of Parents and the Occurrence of Overweight and Obesity among Preschool Children—A Pilot Study. Nutrients [Internet]. 4 de enero de 2024 [citado 25 de julio de 2025];16(1):174. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10780658/>
33. Faith MS, Van Horn L, Appel LJ, Burke LE, Carson JAS, Franch HA, et al. Evaluating Parents and Adult Caregivers as “Agents of Change” for Treating Obese Children: Evidence for Parent

Behavior Change Strategies and Research Gaps. *Circulation* [Internet]. 6 de marzo de 2012 [citado 25 de julio de 2025];125(9):1186-207. Disponible en:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0b013e31824607ee>

34. Aceves-Martins M, López-Cruz L, García-Botello M, Godina-Flores NL, Gutierrez-Gómez YY, Moreno-García CF. Cultural factors related to childhood and adolescent obesity in Mexico: A systematic review of qualitative studies. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. septiembre de 2022;23(9):e13461.

35. Schmied EA, Madanat H, Chuang E, Moody J, Ibarra L, Cervantes G, et al. Factors predicting parent engagement in a family-based childhood obesity prevention and control program. *BMC Public Health* [Internet]. 8 de marzo de 2023 [citado 25 de julio de 2025];23(1):457. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15359-7>

36. Huamán Loayza YC. FACTORES RELACIONADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL PERÚ – SEGÚN ENDES 2021. 2024 [citado 25 de julio de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7295>

37. Leño BI, Rocio B, Chirito BR. INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTO DE OBESIDAD INFANTIL EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ASOCIACIÓN LOS JAZMINES, HUAURA -202.

38. A A, R EC. PubMed. 2025 [citado 25 de julio de 2025]. The Health Belief Model of Behavior Change. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39163427/>

39. Mazloomi-Mahmoodabad SS, Navabi ZS, Ahmadi A, Askarishahi M. The effect of educational intervention on weight loss in adolescents with overweight and obesity: Application of the theory of planned behavior. *ARYA Atheroscler* [Internet]. julio de 2017 [citado 25 de julio de 2025];13(4):176-83. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5677321/>

40. Ohri-Vachaspati P, DeLia D, DeWeese RS, Crespo NC, Todd M, Yedidia MJ. The relative contribution of layers of the Social Ecological Model to childhood obesity. *Public Health Nutr* [Internet]. agosto de 2015 [citado 25 de julio de 2025];18(11):2055-66. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1368980014002365/type/journal_article

41. Cosme Chavez R, Nam EW. Process Evaluation of a School-Based Program Aimed at Preventing Obesity in Adolescents from Lima and Callao, Peru. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. enero de 2020 [citado 25 de julio de 2025];17(13):4804. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/13/4804>
42. Social determinants of obesity - Wikipedia [Internet]. [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_obesity
43. Pate RR, Dowda M, Saunders RP, Colabianchi N, Clennin MN, Cordan KL, et al. Operationalizing and Testing the Concept of a Physical Activity Desert. *J Phys Act Health* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 25 de julio de 2025];18(5):533-40. Disponible en: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/18/5/article-p533.xml>
44. Método Hipotético Deductivo - Online Tesis [Internet]. [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://online-tesis.com/metodo-hipotetico-deductivo/?utm_source=
45. Investigación cuantitativa: definición, métodos, diseño y análisis [Internet]. [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.compilatio.net/en/blog/quantitative-research?utm_source=
46. Introducción a la Investigación: guía interactiva [Internet]. [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
47. Efectividad de una Intervención Educativa para Prevención de Obesidad Infantil en una Unidad de Medicina Familiar | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/17078>
48. Pérez F, Roxana G, Pacheco S, Johana K, Mory V, Lizbeth Y, et al. Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la institución educativa inicial Luis Enrique XIII, comas - 2015(2017) tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.
49. Vilca EJC. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN MADRES DE ESCOLARES EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. 2019;
50. Álvarez Machuca Validez y confiabilidad del test de funcionamiento familiar – FF-SIL en estudiantes universitarios de una institución pública y privada de Lima (2018)_1pdf [Internet].

[citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en:

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2870/bitstream_1pdf?sequence=1

51. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para la investigación médica en seres humanos | Investigación, métodos y estadísticas | JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado 26 de julio de 2025]. Disponible en:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz De Consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la relación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios de escolares de la Institución Educativa Santa Isabel	OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios de escolares de la Institución Educativa Santa Isabel	HIPÓTESIS GENERAL: Existe asociación entre los factores asociados y el nivel de conocimientos preventivos sobre obesidad infantil en cuidadores primarios de escolares de la Institución Educativa Santa Isabel	VARIABLE 1: Factores asociados Dimensiones: -Factor sociodemográfico -Factor familiar	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo, de nivel básico y alcance correlacional
PROBLEMAS ESPECÍFICOS: 1. ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos? 2. ¿Cuál es la relación entre el factor familiar y el nivel de conocimientos preventivos en cuidadores?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos. 2. Determinar la asociación entre el factor familiar y los conocimientos preventivos.	HIPÓTESIS ESPECÍFICA: 1. Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos preventivos. 2. Existe asociación entre el factor familiar y los conocimientos preventivos.	VARIABLE 2: Conocimiento Dimensiones: -Obesidad infantil -Alimentación saludable -Actividad física	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Hipotético-deductivo DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: No experimental, de corte transversal y alcance correlacional
				POBLACIÓN: Cuidadores responsables de los niños matriculados en la Institución Educativa MUESTRA: 215 cuidadores

Anexo 2: Instrumentos

Cuestionario Cuestionario de Factores Familiares: COAFALI

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE:

1. Edad de la madre:
2. Número de hijos en la IE:
3. Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior Técnica ()
Superior Universitaria ()
4. Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()
5. Ocupación:
6. Lugar de procedencia:
7. Distrito donde vive:
8. ¿Quién es el encargado de preparar la lonchera de su menor hijo(a)?

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO:

N° de Hijos | Sexo | Edad | Grado

Hijo/a 1 | | |

Hijo/a 2 | | |

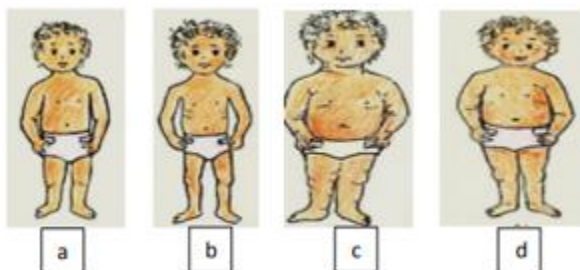
Hijo/a 3 | | |

III. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO:

Marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta.

1. ¿Qué es obesidad infantil?
 - a. Es mantener a los niños un poco gorditos.
 - b. Es una enfermedad hereditaria.
 - c. Es el aumento excesivo de peso.
 - d. Es un defecto de salud que tienen los niños.

2. ¿Cuáles son las causas de la obesidad infantil?
- a. Escasa actividad física, buena alimentación.
 - b. Malos hábitos alimentarios, escasa actividad física.
 - c. Escasa actividad física, exceso de consumo de agua.
 - d. Poco ingreso económico, actividad física.
3. ¿Qué consecuencias a futuro puede generar la obesidad infantil?
- a. Diabetes, colesterol alto, más apetito.
 - b. Presión alta, dolor de huesos, autoestima alta.
 - c. Depresión, gastritis, cáncer de la piel.
 - d. Problemas cardíacos, diabetes, presión alta.
4. ¿Mediante qué datos puede darse cuenta que su niño está en riesgo de obesidad?
- a. Relación entre peso y talla, medida de la cabeza.
 - b. Talla, edad y medida de la cintura.
 - c. Talla, edad y peso.
 - d. Peso, edad y medida de la cintura.
5. ¿Cuál de estas imágenes considera que es un niño saludable?



6. ¿Qué es alimentación saludable?
- a. Consumir alimentos para que el niño no tenga hambre.
 - b. Consumir carnes y frutas todos los días.
 - c. Consumir alimentos que satisfacen las necesidades del organismo.
 - d. Consumir alimentos para aumentar de peso.

7. ¿Por qué es importante que su niño tenga una alimentación saludable?
- a. Para mantenerse delgado.
 - b. Para ayudar en su crecimiento.
 - c. Para calmar el hambre durante el día.
 - d. Para favorecer el aumento de peso.
8. ¿Cuántas veces considera que su niño debe comer al día?
- a. 3 veces al día.
 - b. 4 veces al día.
 - c. 5 veces al día.
 - d. 6 a más veces al día.
9. ¿Cuál de las alternativas considera que significa desayuno?
- a. Es el alimento más nutritivo del día.
 - b. Es la comida más ligera del día.
 - c. Es el alimento que aporta energía todo el día.
 - d. Es la comida más importante del día.
10. La lonchera/merienda es importante ¿Por qué?
- a. Repone las energías gastadas.
 - b. Reemplaza el desayuno del niño.
 - c. Mantiene al niño feliz.
 - d. Sustituye el almuerzo del niño.
11. ¿Cuál de estas alternativas considera que significa almuerzo?
- a. Alimento más completo del día que se toma a mediodía.
 - b. Consumir sopas en vez de segundos al mediodía.
 - c. Es para satisfacer mi estómago a cada momento.

d. Es la primera ingesta de comida en el día.

12. ¿Cuál de estas alternativas considera que significa cena?

a. Es ingerir alimentos para recuperar energías gastadas en el día.

b. Es la última comida y la más ligera que se toma por la noche.

c. Es la menos importante del día.

d. Es la más importante y nutritiva en el día.

13. ¿Qué es actividad física en su niño?

a. Es correr hasta cansarse en el parque.

b. Es caminar más de 60 minutos al día.

c. Es mantenerse en forma realizando actividades.

d. Es realizar diversas actividades para tener buena salud.

14. ¿Por qué es importante que su niño realice actividad física?

a. Para no aburrirse viendo solo televisión y durmiendo.

b. Para fomentar el crecimiento y mantenerse delgado.

c. Para mantener una buena salud y buen peso.

d. Para entretener al niño y la madre pueda descansar.

15. ¿Cuál de las siguientes actividades considera que los niños deben realizar diariamente para mantener un buen peso?

a. Nadar, patinar, caminar y ver televisión.

b. Subir escaleras, caminar, jugar de forma activa y ayudar a realizar tareas domésticas.

c. Bailar/danzar, jugar en la computadora y manejar bicicleta.

d. Realizar clases de educación física, caminar, dormir dos horas diarias.

16. ¿Cuántas horas al día cree que es recomendable que su niño vea televisión, juegue videojuegos o utilice la computadora?

a. Menos de 2 horas al día.

b. De 2 a 4 horas al día.

- c. De 4 a 6 horas al día.
- d. Mayor de 6 horas al día.

Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

INDICACIONES:

A continuación, le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia.

Necesitamos que usted clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación, marcando con una X donde corresponda.

Clasificación:

- 1 = Casi nunca
- 2 = Pocas veces
- 3 = Algunas veces
- 4 = Muchas veces
- 5 = Casi siempre

Items:

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.
2. En mi casa predomina la armonía.
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan.
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.

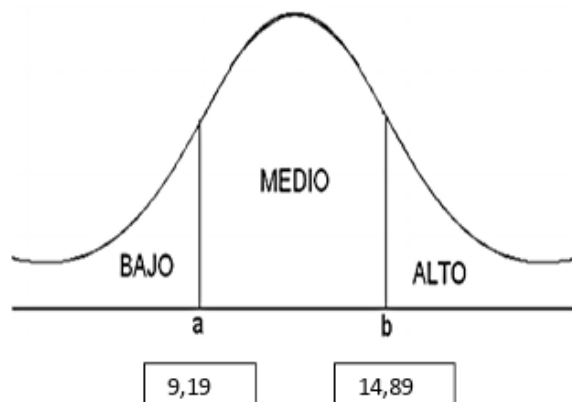
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

Anexo 3: Validez del instrumento
COAFALI

Anexo F: Escala de Stanones para el instrumento en general

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 12,0404$
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 3,80191



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 12,04 - 0,75(3,80)$$

$$a: 12,04 - 2,85$$

$$a: 9,19$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 12,04 + 0,75(3,80)$$

$$b: 12,04 + 2,85$$

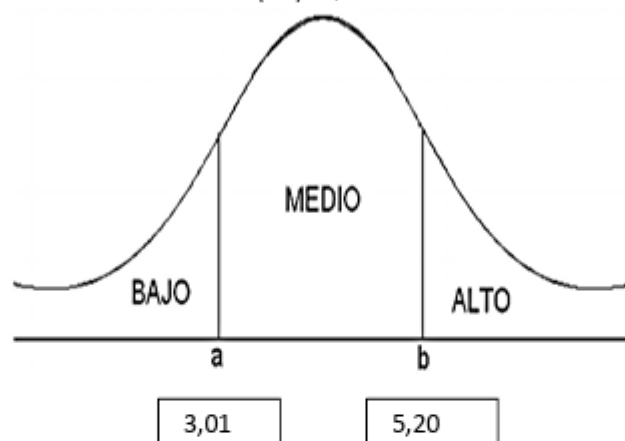
$$b: 14,89$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	14,89 - 20
Conocimiento Medio	9,20 - 14,88
Conocimiento Bajo	0 - 9,19

Anexo G: Escala de Stanones para la primera dimensión

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 4,10$
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 1,46



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 4,10 - 0,75(1,46)$$

$$a: 4,10 - 1,095$$

$$a: 3,01$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 4,10 + 0,75(1,46)$$

$$b: 4,10 + 1,095$$

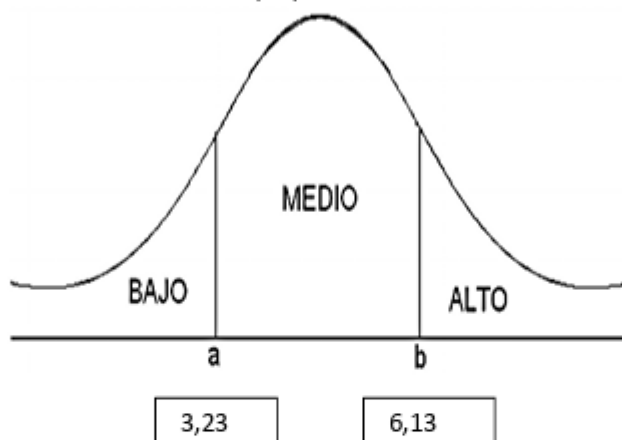
$$b: 5,20$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	5,20 – 6,26
Conocimiento Medio	3,02 – 5,19
Conocimiento Bajo	0 – 3,01

Anexo H: Escala de Stanones para la segunda dimensión

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 4,68$
2. Se calculó la desviación estándar $(DS) = 1,93$



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 4,68 - 0,75(1,93)$$

$$a: 4,68 - 1,4475$$

$$a: 3,23$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 4,68 + 0,75(1,93)$$

$$b: 4,68 + 1,4475$$

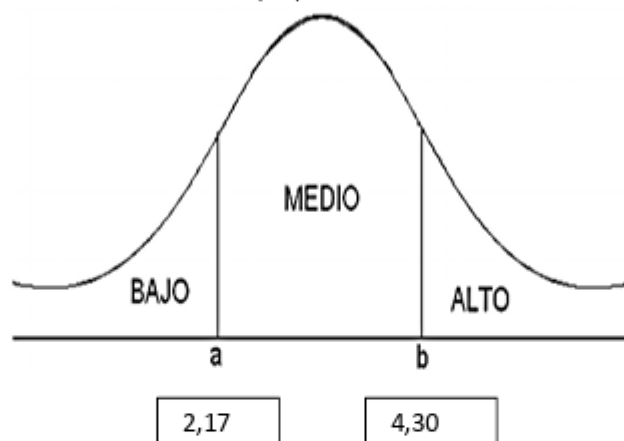
$$b: 6,13$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	6,13 – 8,75
Conocimiento Medio	3,24 – 6,12
Conocimiento Bajo	0 - 3,23

Anexo I: Escala de Stanones para la tercera dimensión

Se utilizó la fórmula de stanones, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó el $X = 3,23$
2. Se calculó la desviación estándar (DS) = 1,42



$$a: X - 0,75(DS)$$

$$a: 3,23 - 0,75(1,42)$$

$$a: 3,23 - 1,065$$

$$a: 2,17$$

$$b: X + 0,75(DS)$$

$$b: 3,23 + 0,75(1,42)$$

$$b: 3,23 + 1,065$$

$$b: 4,30$$

CATEGORIZACIÓN	PUNTAJE
Conocimiento Alto	4,30 - 5
Conocimiento Medio	2,18 - 4,29
Conocimiento Bajo	0 - 2,17

TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR-FF SIL:

Concerniente a la validez; se obtuvo mediante en el análisis de ítems al comparar la media aritmética de la escala suprimiendo elemento con la escala total (49.56 ± 8.33). En el análisis de correlación total de elementos corregidos (ID=Índice de Discriminación) no se observaron ítems con un ID mínimo (menor a 0,20). El ítem 1 obtuvo el menor valor (ID=0.48), mientras que el ítem 13 (ID=0.69) el mayor valor (50).

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento
COAFALI

Anexo D: Kuder Richardson

Análisis de fiabilidad KR 20

Se realizó mediante el estadístico Excel:

$$KR20 = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n p_i q_i}{s_T^2} \right)$$

n: Numero de preguntas

ST²: Varianza de la prueba X

Pi: Proporción de éxito; la proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio

Qi: 1- Pi proporción donde se identifica el atributo.

$$\alpha: \frac{16}{16-1} \times 1 - \frac{2,37}{6,9619}$$

$$\alpha: \frac{16}{15} \times 1 - 0,340$$

$$\alpha: 1,06 \times 0,66$$

$$\alpha: 0,69$$

KR – 20: 0,69 (el instrumento tiene una fiabilidad alta)

TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR-FF SIL:

Respecto a la confiabilidad, a nivel general obtuvo un coeficiente de .883 indicando su fiabilidad buena. Al analizar las sub-escalas; la afectividad (.734) se ubica en un nivel aceptable, las siguientes sub-escalas de cohesión (.575), armonía (.569) y rol (.546), tuvieron un nivel pobre y finalmente, comunicación (.447), adaptabilidad (.337) y permeabilidad (.272) presentaron los coeficientes de Alpha de Cronbach más bajos (50).

Anexo 5: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN
DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Lima, 30 de setiembre del 2025

Autor Responsable:

CARLA ALEJANDRA CHAVEZ ESCATE

Exp. N°: 2221-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO PREVENTIVO SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN CUIDADORES DE ESCOLARES DEL COLEGIO PRIVADO "SANTA ISABEL", 2025. " Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 29/09/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

CARLA ALEJANDRA CHAVEZ ESCATE

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

Anexo 6: Consentimiento Informado

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
Estimado(a) cuidador(a):

Usted está siendo invitado(a) a participar voluntariamente en el estudio titulado: “FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO PREVENTIVO SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN CUIDADORES DE ESCOLARES XXXXXXXX”.

El objetivo de esta investigación es evaluar y comprender el grado de conocimiento que tienen los cuidadores sobre la prevención de la obesidad infantil, con el fin de desarrollar propuestas y estrategias educativas que favorezcan la salud de los niños.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El presente estudio busca obtener información que permita conocer el nivel de conocimiento que poseen los cuidadores sobre prevención de la obesidad infantil, contribuyendo a diseñar estrategias de promoción de la salud en la comunidad educativa.

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

La recolección de datos tendrá una duración estimada de 3 meses.

NÚMERO ESPERADO DE PARTICIPANTES:

Se espera la participación de aproximadamente 215 cuidadores.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Cuidadores de niños matriculados en el Colegio XXXXX que pertenezcan al nivel de primaria.
2. Edad entre 18 y 65 años.
3. Haber otorgado su autorización mediante el consentimiento informado para participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Cuidadores menores de 18 años.
2. Personas que no tengan relación de cuidado directo con los escolares.
3. Cuidadores que no firmen el consentimiento informado o que no deseen participar.
4. Cuidadores que padezcan enfermedades o condiciones que impidan participar en la encuesta.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Si usted decide participar, se seguirán los siguientes pasos:

1. Recibirá el cuestionario de forma virtual.
 2. Se le explicará brevemente el propósito del estudio y el contenido del consentimiento informado.
 3. Responderá el cuestionario, cuya duración estimada es de 5 a 7 minutos. En caso tenga dudas, podrá consultarlas directamente con la investigadora.
-

RIESGOS:

La participación no implica riesgos físicos ni psicológicos para su salud.

BENEFICIOS:

Contribuirá a generar información útil para el desarrollo de estrategias preventivas contra la obesidad infantil.

COSTOS**E****INCENTIVOS:**

No se le cobrará ningún monto por participar. Tampoco recibirá incentivos económicos.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información obtenida será tratada de forma confidencial y anónima. No se registrarán datos que permitan su identificación personal. Los resultados se presentarán de forma global.

DERECHOS**DEL****PARTICIPANTE:**

La participación es voluntaria. Usted puede negarse o retirarse en cualquier momento sin sufrir penalización alguna ni afectar sus derechos o acceso a servicios.

PREGUNTAS**O****CONTACTO:**

Investigadora Principal: Carla Alejandra Chávez Escate

Teléfono: 945 077 230

Correo: a2017100752@uwiener.edu.pe

DECLARACIÓN**DE****CONSENTIMIENTO**

He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias.

Por lo tanto, acepto participar voluntariamente en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 2025

Anexo 7: Autorización institucional del Colegio Santa Isabel para la recolección de datos



COLEGIO PRIVADO SANTA ISABEL

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Viviana Carbonero Landi, identificada con D.N.I. 09137906 en mi calidad de directora del Colegio Privado Santa Isabel, con R.U.C. N°20506224871, ubicado en Calle Enrique Salazar Barreto 465, urbanización Vista Alegre, Distrito Santiago de Surco, provincia Lima y Departamento de Lima.

Otorgo la AUTORIZACIÓN, a la Srta. Carla Alejandra Chávez Escate, identificada con D.N.I. 72706723, de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A 20466246370, para que ejecute su investigación titulada "FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO PREVENTIVO SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN CUIDADORES DE ESCOLARES DEL COLEGIO PRIVADO "SANTA ISABEL", 2025".

Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Finalmente, respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la empresa / institución Colegio Privado Santa Isabel, se determina:

- (x) Mantener en RESERVA el nombre y/o información sensible y/o cualquier distintivo de la empresa / institución Colegio Privado Santa Isabel
- () Autorizo mencionar el nombre y/o información y/o cualquier distintivo de la empresa / institución [Nombre de la Institución]

Lima, 14 de enero de 2026

Viviana Carbonero Landi
Directora
Colegio Privado Santa Isabel
D.N.I. 09137906

Calle Enrique Salazar Barreto 465, Santiago de Surco

Teléfono: 971753653 E-mail: secretaria@colegioprivadosantaisabel.edu.pe

:

Anexo 8: Carta de aprobación de la universidad para la recolección de datos



"Año de la recuperación y consolidación de la
economía peruana"



Lima, 27 de Octubre de 2025

CARTA N° 0404-2025-SG-UPNW-CP

Viviana Carbonero Landi

Directora de Institución Educativa Privada Santa Isabel
Institución Educativa Privada Santa Isabel
Calle Enrique Salazar Barreto 465 Surco Lima
Lima.

ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la BACHILLER de la carrera profesional de **MEDICINA HUMANA**; **Carla Alejandra Chavez Escate** con código de matrícula N° **a2017100752** con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos para una Población de estudio que estará conformada por 196 cuidadores y padres de familia de escolares de Institución Educativa Privada Santa Isabel.

Toda la información que solicite la tesista **Carla Alejandra Chavez Escate** es para la elaboración de su proyecto de investigación denominado: "**Factores relacionados con el conocimiento preventivo sobre obesidad infantil en cuidadores de escolares del Colegio Privado Santa Isabel**", dirigido por el asesor de tesis, **Jose Luis Gerónimo Meza** para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresar los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Kristian Vigil Vega
DNI: 44023187
RUC: 20496246370
Móvil: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2025 Hora: 17:17:07



Kristian Vigil Vega




Secretario General

Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

CM

Anexo 9: Informe de Turnitin:

crala chavez escate**TESIS PARA TITULACION .docx**

 Interna carla chavez
 Interna carla chavez
 Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega
 trn:old::14912:562547891

Fecha de entrega
 2 mar 2026, 1:07 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
 2 mar 2026, 1:11 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
 TESIS PARA TITULACION .docx

Tamaño del archivo
 960.5 KB

67 páginas

14.396 palabras

83.822 caracteres



Página 2 de 72 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:old::14912:562547891




12% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)




Marcas de integridad**N.º de alertas de integridad para revisión**

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

12%		Fuentes de Internet
4%		Publicaciones
0%		Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwlener.edu.pe	6%
2	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
5	Internet	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe	<1%
6	Internet	www.coursehero.com	<1%
7	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.ug.edu.ec	<1%
10	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
11	Internet	tojql.net	<1%

12	Internet	www.scribd.com	<1%
13	Internet	eprints.uanl.mx	<1%
14	Internet	repositorio.ual.es	<1%
15	Internet	repositorio.undac.edu.pe	<1%
16	Internet	www.slideshare.net	<1%
17	Publicación	Molina Carita, Percy Alan. "Tecnologías emergentes y el desempeño docente en L...	<1%
18	Internet	doaj.org	<1%
19	Internet	repositorio.upeu.edu.pe	<1%
20	Internet	burjcdigital.urjc.es	<1%
21	Internet	dspace.utpl.edu.ec	<1%
22	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
23	Internet	repositorio.uigv.edu.pe	<1%
24	Internet	tesis.ucsm.edu.pe	<1%
25	Publicación	M. García Samuelsson, P.J. Tárraga López, A.A. López González, C. Busquets-Corté...	<1%



26	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
27	Internet	docplayer.com.br	<1%
28	Internet	polodelconocimiento.com	<1%
29	Internet	repositorio.ucsg.edu.ec	<1%
30	Internet	repositorio.unal.edu.co	<1%
31	Internet	repositorio.unsch.edu.pe	<1%
32	Internet	www.genderandcovid-19.org	<1%
33	Internet	www.tennis.com	<1%






12% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	6%
2	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
5	Internet	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe	<1%
6	Internet	www.coursehero.com	<1%
7	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.ug.edu.ec	<1%
10	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
11	Internet	tojqi.net	<1%