



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL
SOBREPESO - OBESIDAD EN NIÑOS DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA VICTORIA CHICLAYO,
2018**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Vásquez Cubas María Betty

Asesora:

Dra. Rivera Castañeda Patricia Margarita

Línea de Investigación:

Educación y formación profesional enfermera

**Pimentel – Perú
2019**

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por ser es el forjador de mi camino, mi guía, mi padre celestial, el que me acompaña desde siempre.

A mis padres Vásquez Huanca Walter y Cubas Vásquez Melania

Gracias por su amor, trabajo y sacrificio. Por el apoyo incondicional que me han brindado hasta ahora, sin ustedes no hubiese podido seguir adelante, por ser un ejemplo a seguir. Con todo mi amor para ustedes que hicieron posible lograr mis sueños y motivarme en los momentos mas difíciles cuando sentía que el camino se derrumbaba, esta tesis se la dedico a ustedes.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue posible gracias a la colaboración de la plana docente, y en especial a los escolares que participaron con entusiasmo en la aplicación de las encuestas , de la Institucion Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, y tambien a los directivos que me permitieron tomar la muestra necesaria para el estudio.

A la Magister Rivera Castañeda Patricia Margarita, por ser de gran ayuda en este proceso, por sus enseñanzas, paciencia y buen humor.Muchas gracias.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, es una investigación cuantitativa, con un diseño descriptivo-correlacional. La población que estuvo constituida por 304 alumnos matriculados en el 5to y 5to grado de primaria de la Intitucion Educativa. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. El instrumento para medir el factor socioeconomico fue la escala adaptada para la evaluación del nivel socioeconómico validado en Lambayeque (Crombach 0.9017) con 5 preguntas, y para medir el factor cultural se utilizó el cuestionario sobre estilos de vida en escolares de 8 a 12 años de edad (Crombach 0.877) con 27 preguntas , el cual fue validado por un juicio de expertos y para obtener la confiabilidad se aplicó una prueba piloto; y para valorar el sobrepeso y obesidad se utilizó la clasificación del Índice de masa corporal por percentiles establecido por la Organización Mundial de la Salud. En la cual las principales conclusiones fueron que, en relación al factor socioeconómico, se determinó que de los escolares que tienen sobrepeso, el 45.1% son de Nivel socioeconómico bajo superior, y de los escolares que presentan obesidad, el 50% son de Nivel socioeconómico Bajo inferior. En relación al factor cultural, se determinó que de los escolares que presentan sobrepeso, el 86.3% también tienen hábitos alimentarios y físicos deficientes, y los escolares que presentan obesidad, el 83.3% también tienen hábitos alimentarios y físicos deficientes.

Palabras clave: Factores, Sobrepeso, Obesidad, Niños.

ABSTRAC

The objective of the research was to determine the sociocultural factors associated with overweight - obesity in children of 5th and 6th grade of the Educational Institution "Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea", it is a quantitative research, with a descriptive - correlational design. The population that was constituted by 304 students enrolled in the 5th and 5th grade of the Primary Education Institute. "Juan Pablo Vizcardo and Guzmán Zea". The instrument to measure the socioeconomic factor was the scale adapted for the evaluation of the socioeconomic level, validated in Lambayeque (Crombach 0.9017) with 5 questions, and to measure the cultural factor the questionnaire on lifestyles was used in schoolchildren from 8 to 12 years of age. age (Crombach 0.877) with 27 questions, which was validated by an expert judgment and to obtain reliability a pilot test was applied; and to assess overweight and obesity, the classification of the body mass index by percentiles established by the World Health Organization was used. In which the main conclusions were that, in relation to the socioeconomic factor, it was determined that of the students who are overweight, 45.1% are of lower socioeconomic status, and of the schoolchildren who are obese, 50% are of socioeconomic status. Lower down. Regarding the cultural factor, it was determined that of the students who are overweight, 86.3% also have poor eating and physical habits, and school children who are obese, 83.3% also have poor eating and physical habits.

Keywords: Factors, Overweight, Obesity, Children.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Realidad problemática.	11
1.2. Antecedentes de Estudio.....	14
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	19
1.4. Bases teórico científicas.....	24
1.4.1. Sobrepeso y obesidad	24
1.4.2. Factores socioculturales asociados al Sobrepeso y Obesidad	31
1.5. Formulación del Problema.....	33
1.6. Justificación e importancia del estudio.....	33
1.7. Hipótesis.....	34
1.8. Objetivos.....	34
1.8.1. Objetivo General	34
1.8.2. Objetivos específicos.....	34
1.9. Definición de términos básicos.....	34
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	35
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.	35
2.2. Variables.....	35
2.3. Operacionalización	35
2.4. Población y muestra.....	38
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
2.5.1. Instrumentos	40
2.6. Criterios éticos.....	42
2.7. Criterios de rigor científico.....	42

2.8. Procedimientos de análisis de datos	43
3.1. Resultados en tablas y figuras.....	44
3.2. Discusión de resultados	49
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” Chiclayo 2018.....	44
Tabla 2: Factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” Chiclayo 2018.....	45
Tabla 3: Estado nutricional de niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, de acuerdo a ubicación en tablas establecidas por la Organización Mundial de la Salud.....	46
Tabla 4: Factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”	47
Tabla 5: Factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”	48

I. INTRODUCCIÓN

La infancia, se refiere al estado y la condición de la vida de un niño¹. El período de la infancia es considerado la fase de desarrollo más importante de todo el ciclo vital. Todo aquello que acontece al niño en sus primeros años de vida es crucial para su trayectoria de desarrollo y su ciclo vital². El sobrepeso y obesidad son una acumulación excesiva de grasa, que si no se trata puede ser perjudicial para la salud. Así mismo, éstos pueden ser factores de riesgo predisponentes para desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, cáncer y enfermedades cardiovasculares³.

Según la Organización mundial de la Salud, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016⁴. Ante la realidad expuesta el problema científico de la presente investigación fue: ¿cuáles son los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de primaria de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria – 2018?

El objetivo de esta investigación fue determinar los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”.

Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos dirigidos a los alumnos matriculados en el 5to y 6to grado de primaria de la Institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. Para valorar los factores socioculturales se utilizó la escala adaptada para la evaluación del nivel socioeconómico, Cuestionario de prácticas alimentarias y actividad física; y para valorar el sobrepeso y obesidad se utilizó la clasificación del Índice de masa corporal por percentiles establecido por la Organización Mundial de la Salud.

Capítulo I: Lo conforma la situación problemática expuesta por diferentes organismos internacionales, nacionales, regionales y a nivel local, también se detallan los trabajos previos, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación e importancia del estudio, hipótesis y objetivos generales y específicos de la investigación.

Capítulo II: Se detalla el marco metodológico de ésta investigación: el tipo de investigación fue cuantitativa, de diseño descriptiva-correlacional, variables y operacionalización de variables, la población que estuvo constituida por 304 alumnos matriculados en el 5to y 5to grado de primaria de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, la muestra se determinó a través del muestreo simple y estratificado a partir de la población, también se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de las mismas. Los datos se obtuvieron a través de un análisis estadístico e interpretación mediante el sistema operativo SPSS. Se detallan también los criterios éticos como los principios de autonomía y beneficencia, y también los criterios de rigor científico como credibilidad, fiabilidad y validez, y también relevancia.

Capítulo III: aquí se detallan los resultados de mi investigación, de acuerdo a cada objetivo específico y finalmente de acuerdo al objetivo general; posterior a esto se realiza la discusión de resultados y la confrontación con la literatura; y finalmente se detallan las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

1.1. Realidad problemática.

Al referente, organismos internacionales, reportan las siguientes estadísticas:

Según la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje de niños y adolescentes entre los 5 y 19 años que tienen obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos diez años. En un estudio del Imperio College de Londres y la Organización Mundial de la salud deja en claro que si se mantienen las tendencias actuales, en el año 2022 habrá más población infantil y adolescente con obesidad que con insuficiencia ponderal moderada o grave, siendo esta situación desfavorable para el desarrollo de la sociedad⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años con sobrepeso u obesidad. La prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes ha aumentado del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016. Mientras que en 1975 había menos de un 1% de niños y adolescentes de 5 a 19 años con obesidad, en 2016 eran 124 millones (un 6% de las niñas y un 8% de los niños). En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal⁵.

En Ecuador en un estudio realizado con 2829 estudiantes hombres y mujeres, se encontró que el 21% de los adolescentes presentaron exceso de peso (13,7% sobrepeso y 7,5% obesidad). Los investigadores confirmaron que los niños y adolescentes consumen pocas frutas y verduras, hallazgos similares a este estudio, mientras que el consumo de grasas, sobre todo aceite de palma africana (grasas saturadas) es alto⁶.

En México, la última encuesta nacional de salud y nutrición que se realizó en el 2013, obtuvo información sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad, que fue de 32% en las niñas y 36.9% en niños en edad escolar. Así mismo, en niñas en edad escolar, durante el periodo estudiado de 13 años, de 1999 a 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 25.5 a 32%⁷.

En México, uno de los aspectos más ligados a la obesidad es sin duda la alimentación. La alimentación es un acto en el que se conjugan fenómenos de naturaleza muy diversa, ya que incluye un conjunto de interacciones sociales y biológicas mediadas por la cultura donde se lleva

a cabo, por lo tanto, nuestras creencias facilitan, dificultan o prohíben el consumo de determinados productos, así como influyen en nuestros gustos y aversiones⁸.

En un informe del instituto médico europeo de la Obesidad, el sobrepeso y la obesidad afectan a un tercio de la población mundial. Estados Unidos tiene la mayor cantidad de adultos obesos en el mundo (79,4 millones), más que China, y encabeza los índices de obesidad infantil y juvenil con un alarmante 13%. En concreto, el 22,4 % de los niños latinos padece obesidad y el 20,2 % de los afroamericanos, frente al 14,3 % de los blancos. El estudio, que analiza datos de las agencias de salud del Gobierno, indica que las cifras de obesidad entre los afroamericanos han aumentado en más de 8 puntos porcentuales desde 2002, y 10 puntos porcentuales entre los latinos en ese mismo periodo⁹.

En el Perú, según el Ministerio de Salud, el exceso de peso corporal que se traduce en sobrepeso y obesidad, tiene efectos negativos en la salud y calidad de vida, tanto en mujeres como hombres, ya que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas y de morir como consecuencia de éstas. El exceso de peso corporal, expresado como sobrepeso u obesidad, está asociado a un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. Consecuentemente, el sobrepeso u obesidad están asociados a un mayor riesgo de mortalidad en la vida adulta¹⁰.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en los últimos 30 años, se ha duplicado el porcentaje de jóvenes con exceso de peso, en efecto 10-15% de los niños de 6-17 años tienen sobrepeso, tenemos 40% de niños obesos a los 7 años y 70% de adolescentes obesos se convierten en adultos obesos¹¹.

En el 2015, El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia indicó en un informe que el número de niños y adolescentes obesos se incrementó en algunas regiones del país, de 3% a 19% en las tres últimas décadas, y continúa en aumento, informó la Asociación Peruana de Estudio de la Obesidad y Aterosclerosis. En Tacna, Moquegua y Lima Metropolitana existe mayor incidencia de obesidad en niños y adolescentes debido a la mala alimentación y poca actividad física, informó María Isabel Rojas Gabulli, presidenta de dicha asociación. El Perú ocupa el octavo lugar en el ranking mundial de obesidad infantil junto a países como Chile y

México. Los niños de seis a nueve años son los más afectados, según informe de la Organización Panamericana de la Salud¹².

En el 2015, según un estudio realizado por el Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad, indicó que el número de obesos aumentó más del doble en 73 países desde 1980, provocando un fuerte incremento de las enfermedades vinculadas al sobrepeso. Un índice de masa corporal elevado, superior a 24.5, indica un sobrepeso, y a partir de 30 se habla de obesidad. Se estima que cuatro millones de muertes en el mundo estuvieron vinculadas al sobrepeso en el 2015, de las cuales el 40% correspondería a personas no consideradas obesas¹³.

En Lambayeque, en el 2016, según el Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad, las cifras crecieron considerablemente en el último año y los más afectados hasta el momento son los menores de edad. Se detalló que de cada diez niños, cinco sufren de obesidad por el consumo de alimentos procesados y químicos, que se venden en su mayoría en los kioscos de los colegios públicos y privados¹⁴.

A nivel local, durante las visitas a la institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria, observé que los alumnos no llevan hábitos de estilos de vida saludable, sino que al contrario ellos todos los días compran productos procesados de los quioscos de dicha institución, como, por ejemplo, dulces, caramelos, galletas, chicles, cifrut, helados, entre otros. Así mismo algunos trabajadores de dicho lugar, docentes, trabajadores de limpieza, portero, manifiestan que esto va en aumento ya que el consumo de dichos productos es cotidiano y los estudiantes no quieren realizar actividad física durante las horas del curso de Educación Física. Por lo tanto, surge la preocupación por su estado de salud, ya que estos hábitos alimenticios no apropiados y otros factores contribuyen a desarrollar obesidad infantil. Al conversar con las madres de familia que se encontraban en la institución, manifestaron que son conscientes que esta situación no es favorable para la salud de los niños y su desarrollo. Entonces nace la preocupación por conocer los factores socioculturales relacionados al sobrepeso y obesidad. Ya que la prevención del sobrepeso y obesidad infantil, es una práctica muy importante, ya que si esto no se controla puede acarrear terribles consecuencias en la salud de los niños y pueden acortar su tiempo de vida y exponerlo a contraer enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Por lo que se vuelve indispensable investigar cuales

son los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad, para prevenir las consecuencias antes mencionadas.

1.2. Antecedentes de Estudio

En la búsqueda de las investigaciones realizadas en los diferentes contextos internacionales, nacionales y locales se han podido encontrar los siguientes hallazgos del tema a investigar:

A nivel internacional, en México en el año 2012, Serrano C; en su investigación titulada “Sobrepeso, Obesidad y condiciones socioculturales en escolares entre los siete y los once años de edad en la ciudad de Orizaba, Veracruz”. Se llegó a las siguientes conclusiones, en la clasificación del IMC, 41.6 % de la muestra total presentó sobrepeso o riesgo de sobrepeso. La suma de panículos adiposos evidenció un porcentaje alto de obesidad y 16 % de la muestra presentó exceso de adiposidad. Estos resultados se relacionan con una cotidianidad caracterizada por un amplio consumo de alimentos de alto valor calórico y hábitos preponderantes de vida sedentaria¹⁵.

En México en el año 2012, Martínez A; en su investigación titulada “Prácticas Sociales, Sobrepeso y Obesidad infantil en una Primaria pública de Tijuana en 2012”. Entre los hallazgos se encontró una alta prevalencia de obesidad. Aunque estos niños estudiados cumplen con el mínimo recomendado de actividad física (90 %), alrededor del 70 % de los participantes tuvieron un riesgo incrementado a presentar problemas de salud debido a la falta de actividad física. La falta de esta práctica y de hábitos alimentarios saludables favorecen la acumulación de grasa corporal se promovieron desde la dinámica familiar, debido a los significados atribuidos¹⁶.

En Argentina en el año 2012, Aballay L; en su investigación titulada “La Obesidad en Córdoba: Estudio de su prevalencia e identificación de factores de riesgo”. En la cual se obtuvo que los factores de riesgo más relevantes fueron presentar sobrepeso, el estado civil casado o en concubinato, presentar circunferencia de cintura con riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares y el aumento de la ingesta de lípidos. Por otra parte hubo efecto protector del estrato socioeconómico alto, nivel de instrucción medio/alto, fumar, ser del sexo femenino, tener una ingesta calórica adecuada y actividad física alta. Las variables alimentarias y nutricionales que presentaron un aumento del riesgo de presentar obesidad fueron el valor energético total, la

ingesta elevada de glúcidos, ingesta de sodio superior a 2300 mg, la ingesta de quesos carnes y huevos, cereales, tubérculos productos de pastelería y snacks elevada¹⁷.

En Colombia en el año 2014, Arellano M; Beltrán M; Jiménez E; Troncoso E.; en su investigación titulada “Sobrepeso y Obesidad, Hábitos Alimenticios, Actividad Física y Actividades de Ocio en Escolares de una localidad de la ciudad Cartagena, 2014”. En la cual participaron del estudio 750 escolares de los cuales el 29.5% presenta exceso de peso: sobrepeso 18,8% y obesidad 10.7%. La prevalencia fue mayor en las niñas, sobrepeso 51.1% y obesidad 52,5%, a diferencia de los niños con 48,9% para sobrepeso y 47,5% obesidad. En cuanto a la edad el mayor porcentaje se encuentra en escolares de 10 años 29,8% para sobrepeso y 32,5% para obesidad, mientras que las edad con menor porcentaje es la de 7 años con 1,4% y 2,5% para sobrepeso y obesidad respectivamente. Entonces el fortalecimiento de las escuelas saludables en las Instituciones Educativas, pueden contribuir con la disminución de las cifras de sobrepeso y obesidad en los escolares, haciendo énfasis en la educación sobre estilos de vida saludables.¹⁸

En Colombia en el año 2015, Ibarra Y; en su investigación titulada “Determinantes Sociales del Sobrepeso y la Obesidad en Colombia. En la cual se llegó a las siguientes conclusiones, 1,8% para los menores de 5 años, 4,3% para niños y adolescentes de 5 a 18 años presentaron exceso de peso. los determinantes sociales del exceso de peso para todas las edades y para los menores de 19 años colombianos fueron la edad, el hacinamiento, vivir en zona rural, tener a los padres vivos y al padre con pareja estable, estar ocupado la semana anterior, ser de sexo femenino, ser pobre y tener una madre con baja escolaridad¹⁹.

En México en el año 2015, Ríos E; en su investigación titulada “Factores familiares asociados a Obesidad Infantil de UMF 61”, Se llegó a las siguientes conclusiones, la familia acude a comer fuera de casa de 1 a 2 veces a la semana en 53% (112), se transportan en bus en 59% (125), ven TV por 2 a 4 horas 59% (125), es menor a una hora de ejercicio diario en 67% (142) y 54% (114) pertenece a una familia nuclear. Entonces la obesidad tiene su mayor relación con la familia de niños con sedentarismo, que sus padres se hallan laborando mucho tiempo fuera de casa y el ver TV por mucho tiempo que fomenta la inactividad física y estimula la ingesta de alimentos con pobre nutrición y altas calorías²⁰.

En España en el año 2016, Sánchez, F. Torres, P; Serral, G; en su investigación titulada “Factores asociados al Sobrepeso y la Obesidad en Escolares de 8 a 9 años de Barcelona”, se llegaron a las siguientes conclusiones, la prevalencia de sobrepeso fue del 24,0% y de obesidad del 12,7%. Los factores asociados a la obesidad en niños fueron asistir a escuela situada en barrios de nivel socioeconómico desfavorable, pertenecer a familia inmigrante, no comer en el colegio y hacer alguna comida solo. La prevalencia de obesidad infantil en Barcelona es alta. Es más frecuente en niños, siendo los determinantes sociales los factores asociados de mayor relevancia²¹.

En Honduras en el año 2017, Ramírez A; Sánchez L; Mejía C; Izaguirre A; Avilez C; Flores R; Yareny K; Díaz C; Aguilar V, Rivera E; en su investigación titulada “Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad infantil en escuelas públicas y privadas de Tegucigalpa, Honduras”. Se llegó a las siguientes conclusiones: Se encontró un 18% de escolares con obesidad y 18% con sobrepeso. Los niños de escuelas privadas presentaron mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad (46,3%) que los de escuelas públicas (33,2%). El sobrepeso y la obesidad infantil son un problema de salud prevalente. Los estudiantes de escuelas privadas tenían mayor sobrepeso y obesidad que los de escuelas públicas. La actividad física realizada por los escolares de escuelas públicas y privadas fue adecuada en la mayoría de los casos²².

A nivel nacional, en Tacna en el año 2011, Aguilar R; en su investigación titulada "Prevalencia y factores de riesgo para el sobrepeso y obesidad en escolares de educación primaria de colegios estatales del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna". Se llegó a las siguientes conclusiones: El estado nutricional en los colegios estatales del nivel primario del distrito G.AL es el predominio de sobrepeso (33,89%) y obesidad (21 ,48%). La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los escolares de educación primaria del distrito es de 55.37%. Las características principales de los escolares con sobrepeso y obesidad son: sexo masculino (53,3%). Los factores que se asocian significativamente al sobrepeso y obesidad son los siguientes: madre que trabaja (67,3%), ser hijo único (9,7 %), sexo masculino (53,3%). El tiempo dedicado al desarrollo de actividades físicas semanales en los escolares con sobrepeso y obesidad son: menos de 2 horas de educación física a la semana (71 ,5%), menos de 3 horas de actividad física fuera de la escuela a la semana (73,9%), más de 8 horas a ver televisión (80%) y al uso de la computadora por más de 8 horas²³.

En Tacna en el año 2013, Callomamani L; en su investigación titulada: “Relación entre el sobrepeso-obesidad y la actividad física en escolares de 9 a 11 años de la I.E. Mariscal Cáceres Tacna – 2012”. Se evidencio un predominio de escolares con índice de masa corporal normal (54,3%), mientras que el sobrepeso se presentó en una cuarta parte de la población y la obesidad en el 18,1 %. Se evidenció que el sedentarismo de los escolares, el tiempo de exposición en ver televisión o películas de video; el utilizar juegos en la computadora; y dedicarse a jugar videojuegos presentó una relación altamente significativa al sobrepeso-obesidad de los escolares de la I. E. Mariscal Cáceres²⁴.

En Huancavelica en el año 2014, Percca Y; en su investigación titulada “Factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, 2014”. Donde se llegó a las siguientes conclusiones, que entre Alimentos no saludables publicitados y sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica existe asociación estadísticamente significativa, lo que para este estudio lo convierte en un factor asociado al sobrepeso y obesidad infantil en ese departamento²⁵.

En Arequipa en el año 2014, Lozada C; en su investigación titulada “Estilos de vida relacionado con el sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 10 años de la I.E.P Santa Magdalena Sofía Arequipa 2014”. Se llegó a las siguientes conclusiones: Los estilos de vida encontrados en los niños de 8 a 10 años son en su mayoría hábitos alimenticios inadecuados, 45,4% no realizan actividad física y están propensos a tener sobrepeso u obesidad. Los resultados demuestran que los estilos de vida inadecuados están relacionados a presentar sobrepeso y obesidad en los niños, finalizando que del total de niños estudiados el 45,7% presentan sobrepeso , 26,9% obesidad y el 24% normal²⁶.

En Juliaca en el año 2015, Flores A; en su investigación titulada “Actividad física y su relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes escolares de 12 a 18 años de la ciudad de Juliaca”. Se encontró mujeres con prevalencia de sobrepeso con un porcentaje del 53.6% de un total de 60 estudiantes y 20 estudiantes con obesidad representando el 69.0%, en comparación de los varones en donde encontramos a 52 escolares en la escala de sobrepeso representando el 46.4% y 9 escolares con obesidad representando el 31.0% del total²⁷.

En Lima en el año 2016, Goin, V; Castañeda C en su investigación titulada “Factores asociados al Sobrepeso y Obesidad en niños”. Se llegaron a las siguientes conclusiones, se evidencia que entre los factores asociados al sobrepeso y obesidad, el 50 % son los factores socio demográficos, 40% representa estilos de vida, reducción y ausencia de la actividad física y mayor tiempo en la televisión y ordenador, alimentos con alto contenido energético y 10% de la publicidad no saludable de los alimentos²⁸.

En Trujillo en el año 2016, Nájera G, en su investigación titulada “Saberes y prácticas de los adolescentes escolares en situación de Obesidad: Implicancias para la Enfermería”. Las consideraciones finales señalan que de acuerdo a los saberes comunes del adolescente y la familia, ésta sigue siendo un elemento importante para que el adolescente adquiera saberes respecto al sobrepeso y obesidad; que a pesar de tener algunos conocimientos relacionados no ha tomado conciencia de los daños que puede ocasionar en su salud; que realice prácticas y cuidados saludables en la alimentación, y también el ejercicio para disminuir ese problema. Respecto al cuerpo y el adolescente, con dos atributos; la imagen del cuerpo y la mirada del otro se resalta la importancia del cuerpo; ya que se encuentra en la etapa en donde el cuerpo físico es lo más importante en una sociedad que es la escuela; que marca el ser aceptado en esa sociedad y si no lo aceptan por su físico, entonces esto hace que él no esté a gusto con su cuerpo y lo vea como algo malo, al igual que sus compañeros²⁹.

En Huancayo en el año 2016, Romero S; Romero R; en su investigación titulada “Factores de riesgo del Sobrepeso en niños escolares De 9 A 11 Años en comparación nacional e internacional”. Se llegó a las siguientes conclusiones: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares, peso al nacer, Lactancia Materna, pero si con la Publicidad Alimentaria de Alimentos no saludables y el sobrepeso en los preescolares. Se encontró que entre Alimentos no saludables publicitados y sobrepeso de preescolares de menor nivel nacional existe asociación estadísticamente significativa, lo que para este estudio lo convierte en un factor asociado al sobrepeso³⁰.

A nivel regional, en Chiclayo en el año 2016, Guanilo J; Verde W; en su investigación titulada “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de primaria en la provincia de Chiclayo en el año 2016”. Se llegó a las siguientes conclusiones: la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue

26,11% y 16,55%. En los padres, 32,2% referían dislipidemia; 98,8% de los padres de niños obesos, tuvieron una percepción errónea del estado nutricional de sus hijos. Las cifras halladas de sobrepeso y obesidad son mayores a los de otros estudios locales y nacionales. Existe una percepción paterna errónea del estado nutricional, especialmente en relación a obesidad³¹.

A nivel local, no se han realizado investigaciones relacionadas al tema de investigación a nivel local, por lo que se pretende Determinar los factores socioculturales relacionados al sobrepeso y obesidad en niños de 10 y 11 años de la institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Modelo de promoción de la salud - Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción³².

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”³².

Metaparadigmas:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general³².

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables³².

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud³².

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier

plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal³².

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por³²:

- Los beneficios de los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla³².
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social³².
- La auto-eficacia; es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones³².
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse³².
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona³².

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida³².
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico³².
- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros³².
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos³².

1.3.2. Teoría transcultural de Madeleine Leininger

Leininger desarrollo su teoría desde la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás³³.

Supuestos principales

- a. Los cuidados son la esencia de la Enfermería y un elemento central dominante y distintivo de esta disciplina³³.
- b. Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte³³.
- c. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la Enfermería para orientar la práctica de la disciplina³³.

Los cuatro conceptos del paradigma enfermero:

Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas³³.

Entorno: La Teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero si exponen los conceptos de visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura³³.

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud³³.

Enfermería: Es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad³³.

Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura del cliente. Requiere la comprensión de los valores, las creencias y las practicas específicas de la cultura del cliente³³.

1.3.3. Teoría sociocultural de Lev Vigotsky

Principios Fundamentales: Vigotsky plantea su modelo de aprendizaje sociocultural, a través del cual sostiene, que ambos procesos, desarrollo y aprendizaje, interactúan entre sí considerando el aprendizaje como un factor del desarrollo. Además, la adquisición de aprendizajes se explica cómo formas de socialización³⁴.

Se considera cinco conceptos que son fundamentales:

1. Funciones mentales: para Vigotsky existe dos tipos; las funciones mentales inferiores, son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas

genéticamente; y las funciones mentales superiores, se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social, éstas son mediadas culturalmente³⁴.

2. **Habilidades psicológicas:** Vigotsky considera que en cualquier punto del desarrollo hay problemas que el niño está a punto de resolver, y para lograrlo sólo necesita cierta estructura, claves, recordatorios, ayuda con los detalles o pasos del recuerdo, aliento para seguir esforzándose y cosas por el estilo. La zona de desarrollo proximal es "la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la solución independiente de problemas y el nivel del desarrollo posible, precisado mediante la solución de problemas con la dirección de un adulto o la colaboración de otros compañeros más diestros..."³⁴.
3. **Herramientas psicológicas:** las herramientas psicológicas median nuestros pensamientos, sentimientos y conductas. Nuestra capacidad de pensar, sentir y actuar depende de las herramientas psicológicas que usamos para desarrollar esas funciones mentales superiores, ya sean interpsicológicas o intrapsicológicas. El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Voluntad propia³⁴.
4. **La mediación:** cuando nacemos, solamente tenemos funciones mentales inferiores, las funciones mentales superiores todavía no están desarrolladas, a través con la interacción con los demás, vamos aprendiendo, y al ir aprendiendo, vamos desarrollando nuestras funciones mentales superiores, ahora bien, lo que aprendemos depende de las herramientas psicológicas que tenemos, y a su vez, las herramientas psicológicas dependen de la cultura en que vivimos, consiguientemente, nuestros pensamientos, nuestras experiencias, nuestras intenciones y nuestras acciones están culturalmente mediadas. La cultura proporciona las orientaciones que estructuran el comportamiento de los individuos, lo que los seres humanos percibimos como deseable o no deseable depende del ambiente, de la cultura a la que pertenecemos, de la sociedad de la cual somos parte³⁴.
5. **Zona Proximal de Desarrollo:** la Zona Proximal de Desarrollo es una prueba de las disposiciones del estudiante o de su nivel intelectual en cierta área. En la ZDP, maestro y alumno (adulto y niño, tutor y pupilo, modelo y observador, experto y novato) trabajan juntos en las tareas que el estudiante no podría realizar solo, dada la dificultad del nivel³⁴.

1.4.Bases teórico científicas

1.4.1. Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y obesidad son definidos por varios autores, al respecto:

Según Gómez R; indica que el sobrepeso y obesidad son el resultado de un desequilibrio permanente y prolongado entre ingestión calórica y gasto energético, donde el exceso de calorías se almacena como tejido graso. El gasto energético total en el niño y el adolescente se compone de: metabolismo basal, termogénesis, actividad física y crecimiento. La obesidad que se desarrolla con mayor propensión en estos períodos, en especial en el “período de rebote”, se caracteriza por su persistencia y complicaciones³⁵.

Pocas enfermedades crónicas han avanzado en forma tan alarmante en la mayoría de los países durante las últimas décadas como ha ocurrido con la Obesidad, motivo de preocupación para las autoridades de salud debido a las nefastas consecuencias físicas, psíquicas y sociales³⁶. (36) La obesidad se suele valorar utilizando indicadores indirectos de la grasa corporal obtenidos a partir de medidas antropométricas sencillas. El que se utiliza con mayor frecuencia es el índice de masa corporal, que es el resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m²)³⁷.

La palabra obesidad proviene del latín *obesitas*, que significa “a causa de lo que yo como”. En 2005 el Instituto de Medicina, 4 partiendo de la terminología previamente descrita, eligió definir como obeso al niño con IMC > percentil 95 para su edad y género, y considerar con sobrepeso a individuos con IMC > 85 pero < percentil 95 o 30 kg/m² según tablas de la Organización mundial de la salud³⁸. (38) La obesidad es un incremento anormal de la proporción de células grasas, principalmente en las vísceras y el tejido subcutáneo del cuerpo³⁹. (39) El sobrepeso y la obesidad son definidos como una acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud⁴⁰.

Según la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica la etiología de la obesidad, es decir las causas siguen siendo desconocidas. En parte, ello refleja el hecho de que bajo el término obesidad se agrupan diversos trastornos heterogéneos. En cierta medida, la fisiopatología de la obesidad parece sencilla: un exceso crónico de consumo de nutrientes en relación con el gasto de energía. Sin embargo, debido a la complejidad de los sistemas neuroendocrinos y

metabólicos, que regulan el consumo, almacenamiento y gasto energéticos, resulta difícil cuantificar todos los parámetros pertinentes a lo largo del tiempo⁴¹.

La obesidad es un complejo fenotipo, resultado de la influencia de factores genéticos y ambientales que determinan un balance de energía positiva durante períodos extensos. Su impacto está condicionado por el período de desarrollo siendo más vulnerables aquellos durante los cuales la velocidad de crecimiento del tejido adiposo es mayor, el período prenatal y perinatal, entre los 5 a 7 años y la adolescencia. Existen genes necesarios y genes de susceptibilidad que interactúan con factores ambientales. En total se han descrito 28 genes involucrados a la obesidad. Desde el punto de vista epidemiológico resulta importante reconocer que los antecedentes de obesidad familiar están presentes entre el 60 y 70% de los niños obesos⁴².

Según Gómez R; las principales causas del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes son³⁵:

- a. Insuficiente lactancia materna o destete temprano. Introducción de la dieta alimentaria antes de los 6 meses. Dieta inadecuada sobrecargada de cereales: coladas, galletas. Alimentos con alto contenido de azúcares, grasas ej. Bebidas gaseosas, colaciones, etc³⁵.
- b. El uso de comida como herramienta para premiar o castigar, así como para tranquilizar o entretener. La falsa idea de que la imagen corporal de un preescolar debe ser “gordita”, cuando lo ideal es que ellos sean más bien delgados, asténicos. A estas causas se añaden otras como son: Sedentarismo, historia familiar de obesidad relacionada en general con malos hábitos alimentarios, comer aceleradamente evitando que actúen los mecanismos de la saciedad, ansiedad, problemas familiares o con sus compañeros, baja autoestima, bulimia, anorexia, etc³⁵.

Respecto a la fisiología normal de la obesidad, LeMone P; Burke K; indican que todas las actividades corporales requieren energía, tanto las actividades de la vida diaria como aquellas necesarias para mantener la función celular y tisular. Los nutrientes presentes en los alimentos proporcionan esta energía y constituyen los materiales básicos para el crecimiento y la reparación tisular. El cuerpo almacena el exceso de nutrientes y energía (medida en kilo calorías) con objeto de cubrir las necesidades corporales cuando no disponga de los nutrientes necesarios.

Esta capacidad de almacenar y liberar energía es importante para mantener la función corporal. Más del 70% de la energía gastada cada día se emplea en el mantenimiento del metabolismo basal, que es fundamentalmente el coste de estar vivo, medido en kilocalorías. La actividad física supone tan solo entre el 5% y el 10% de la energía gastada diariamente. En un primer momento la energía se almacena como grasa en el tejido adiposo. Aunque las células grasas maduras no se multiplican, las células inmaduras del tejido adiposo se pueden multiplicar, especialmente por influencia de los estrógenos en la pubertad, en la adolescencia tardía, durante la lactancia materna y en los adultos de mediana edad que presentan sobrepeso. Los adipocitos almacenan el exceso de energía como triglicéridos, sintetizados a partir de los lípidos y los carbohidratos ingeridos en la dieta. El cuerpo degrada los triglicéridos de los adipocitos cuando es necesario aportar energía⁴³.

Respecto a la fisiopatología del sobrepeso y obesidad, LeMone P; Burke K; indican que éstos aparecen cuando el exceso de calorías se almacena como grasa. Puede ser resultado de una ingesta energética excesiva, un gasto energético reducido o bien una combinación de ambos. Sin embargo, la etiología del sobrepeso y obesidad no es tan sencilla como la simple relación entre una ingesta excesiva de calorías y el gasto energético son complejos y aun no se conocen en su totalidad. El sistema nervioso central y algunos factores emocionales regulan el apetito, lo que afecta al consumo de alimentos. El centro del hambre está situado en el hipotálamo y activa el apetito en respuesta a estímulos tales como la hipoglucemia. A medida que aumentan los niveles de nutrientes, el centro de la saciedad, también situado en el hipotálamo, envía el mensaje de dejar de comer. El llenado gástrico y algunos factores hormonales también comunican saciedad (sensación de plenitud). El apetito puede tener poco que ver con el hambre, ya que los individuos pueden comer para aliviar la depresión o la ansiedad⁴³.

Varias hormonas están implicadas en la regulación de la saciedad, incluyendo las hormonas tiroideas, la insulina y la leptina. Algunos estudios sugieren que la resistencia a la leptina es una causa de obesidad. La insulina se asocia a la distribución de la grasa corporal. Los dos tipos fundamentales de distribución de la grasa corporal son la obesidad de la mitad del cuerpo y la obesidad de la mitad inferior del cuerpo⁴³.

Ruíz M, Martínez M; Gonzáles P; clasifican a la obesidad de la siguiente manera⁴⁴:

Teniendo en cuenta la causa:

- a. Obesidad exógena o nutricional derivada de un desequilibrio del balance calórico, ya sea por disminución del gasto o sobre todo por exceso de aporte. A este tipo corresponde el 95% de los casos de obesidad en el periodo de la infancia y adolescencia.⁴⁴
- b. Obesidad secundaria relacionada con factores genéticos predisponentes para almacenar y conservar la energía; enfermedades endocrinas (diabetes), efecto secundario de algunos medicamentos, como antihistamínicos, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, etc. A este tipo de obesidad, corresponde el 5% restante⁴⁴.

Desde el punto de vista de la forma histológica:

- a. Obesidad hiperplásica, cuando en el estudio histológico se observa un exceso de células adiposas⁴⁴.
- b. Obesidad hipertrófica, cuando se observa un aumento en el tamaño de las células adiposas. Esta forma de obesidad tiene mejor pronóstico⁴⁴.

Según la OPS la obesidad se clasifica en⁴⁵:

- a. Obeso de Alto Riesgo

Se define como obesos a los niños cuyo Índice De Masa Corporal se encuentra igual o mayor al percentil 95 de las curvas. Si el niño clasificado como obeso presenta una clasificación amarilla para los otros problemas, (es decir, tiene un problema infeccioso como una neumonía, disentería, malaria, etc.) debe ser referido a un nivel de mayor complejidad. Ellos tienen un mayor riesgo de mortalidad que los de peso adecuado. Por esta razón, se clasifican como Obeso De Alto Riesgo⁴⁵.

- b. Sobrepeso de Alto Riesgo u Obeso

El niño con un Índice De Masa Corporal igual o mayor al percentil 85 y que además, tiene uno de los siguientes factores asociados: historia familiar positiva, hirsutismo, amenorrea secundaria u oligomenorrea, aumento brusco de peso, preocupación por el peso, características de otra patología o síndrome o presión arterial elevada), se clasifica como Sobrepeso De Alto Riesgo⁴⁵.

- c. Sobrepeso o en Riesgo

El niño que no tiene criterios para ser clasificado en las filas roja o amarilla, pero presenta un sobrepeso (Índice De Masa Corporal igual o mayor al percentil 75) sin ningún factor asociado, se clasifica en la fila verde como sobre peso de bajo riesgo. Este niño puede ser manejado en el servicio de salud. Indique educación alimentaria, refuerce actividad física, aconseje evitar hábitos sedentarios y haga seguimiento del IMC cada 30 días⁴⁵.

d. No tiene sobrepeso

Todos los niños cuyo índice de masa corporal se encuentra por debajo del percentil 85, se clasifican como no tiene sobrepeso. Estas familias deben ser educadas sobre hábitos de vida saludable, educación alimentaria, recomendaciones de actividad física y evitar la vida sedentaria. Deben seguirse los controles regulares del servicio de salud para la edad del menor⁴⁵.

Según Serrano J.⁴⁶ (46)La obesidad se clasifica en:

a. Obesidad común en la que confluyen factores exógenos y endógenos⁴⁶:

El fundamental es ese entorno obesógeno en el que coinciden una nutrición hipercalórica con unos niveles bajos de actividad física. Pero no todos los sujetos expuestos a ese entorno desarrollan obesidad, ello se debe a que esos factores exógenos actúan sobre una base endógena, que es la información genética propia de cada individuo. Ahora se sabe que intervienen varios genes, es, pues, poligénica. También se sabe que dependiendo del medio ambiente en el que se desarrolle el embrión las acciones, o expresión de esos genes, pueden cambiar por la influencia de lo que le rodea. (Si la madre fuma, o por el tipo de alimentación que tenga, o del estrés que sufra). Estos cambios que se producen en la función, no en la estructura de los genes, se conocen como epigenéticos⁴⁶.

b. Obesidades secundarias: Independientemente del sustrato genético individual y del balance entre ingesta y gasto energético, la presencia de obesidad en el niño puede ser consecuencia de distintas enfermedades, entre las que destacan las patologías endocrinológicas, los procesos patológicos o procedimientos terapéuticos que afectan al área hipotálamo-hipofisaria y los tratamientos farmacológicos, especialmente por medicamentos psicoactivos⁴⁶.

- c. **Obesidades monogénicas:** La obesidad monogénica es el resultado de una alteración en un único gen y representa una etiología minoritaria en el conjunto de los casos de obesidad infanto-juvenil. Una característica común de estos pacientes la constituye el inicio precoz del exceso ponderal ⁴⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud, la estimación del sobrepeso y obesidad en la infancia, tanto a nivel clínico como epidemiológico, se realiza a partir del Índice de Masa Corporal, definiendo el sobrepeso y la obesidad mediante la utilización de percentiles. En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera⁵:

El sobrepeso es el índice de masa corporal para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud⁵.

La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la organización mundial de la salud⁵.

El estado nutricional de escolares y adolescentes (5 – 19 años), según el índice de masa corporal para escolares y adolescentes (5 – 19 años), según la OMS se clasifica en: Delgado severo (<-3), delgado (<-2), normal (≥-2 y ≤ 1), sobrepeso (>1) y obesidad (>2)⁴⁷.

Respecto a las complicaciones del exceso de peso en niños y adolescentes, Tazza R⁴². Indica que la obesidad infantil causa una amplia gama de complicaciones serias que aumentan el riesgo de enfermedad y muerte prematura más adelante, incrementando la preocupación de la salud pública. Los resultados de las investigaciones han demostrado que el tratamiento para la obesidad infantil sigue siendo ineficaz y que es una enfermedad multisistémica con consecuencias potencialmente devastadoras. La diabetes tipo 2 ahora es considerada como el 50% de los casos de diabetes en algunas poblaciones, condición atribuible a la epidemia pediátrica de la obesidad. La aparición de esta diabetes en niños representa actualmente un desarrollo siniestro en relación a la secuela macro vascular (enfermedades cardíacas, amputación de los miembros) y micro vascular (la falta del riñón, ceguera), incrementan el espectro del infarto del miocardio que se ha convertido en la actualidad en una enfermedad pediátrica⁴².

Lejos de ser solo un problema estético o psicológico para el adolescente, la obesidad ha demostrado serias implicaciones metabólicas patentes en la infancia y con severas complicaciones en la adultez. Se ha descrito el síndrome metabólico en pediatría, de tal manera que su diagnóstico y tratamiento se convierte en el pilar en la prevención de mortalidad a mediano plazo. El síndrome metabólico es la más importante complicación de la obesidad en pediatría, en la actualidad, por ser el predictor fundamental de las complicaciones en la vida adulta. Muchos autores han presentado clasificaciones en pediatría, estas han sido resumidas recientemente por la Federación Internacional de Diabetes, entidad que ha propuesto además los factores de riesgo metabólico y cardiovascular según la edad en la que se presenta. Se han tratado de identificar los factores predictores del síndrome metabólico y se observa, en la actualidad, especial interés por la correlación de la circunferencia de la cintura en relación con la talla⁴⁸.

Según la Sociedad Argentina de Nutrición, los factores asociados al sobrepeso y obesidad son⁴⁹:

- a. Factores determinantes: de origen genético. Se ha podido demostrar que los hijos de padres obesos tienen menor gasto calórico en reposo, tendencia a la inactividad y “quemar” menos calorías después de una comida⁴⁹.
- b. Factores predisponentes ambientales. Se refieren a la disponibilidad de alimentos, al creciente sedentarismo (horas frente a la TV) y a los malos hábitos alimentarios⁴⁹.
- c. Factores desencadenantes: que son circunstanciales y consisten en desequilibrios hormonales (pubertad, menopausia), emocionales (duelo, mudanza, cirugía), disminución del ejercicio habitual⁴⁹.

Según Tazza R⁴² también son factores:

- a. Dieta

El aumento del ingreso de energía es uno de los determinantes y a este respecto, probablemente, uno de los desencadenantes es el mayor contenido de grasa en la dieta asociado a comidas rápidas, incorporación de nuevos productos al mercado con alta densidad calórica y una composición de calorías vacías (sin micronutrientes) y desestructuración del hábito alimentario dentro del hogar⁴².

b. Actividad física

El otro factor relevante es la disminución del gasto de energía directamente correlacionable con la disminución de la actividad física diaria. Esta circunstancia se relaciona con la disponibilidad de servicios (ascensores, autos, escaleras mecánicas) disminución del espacio físico para el esparcimiento y tiempo de ocio dedicado al desarrollo de actividades sedentarias (computación, videojuegos, televisión). Se afirma que la actividad física es muy necesaria y desde los seis meses se deben iniciar los juegos físicamente activos, que se irán aumentando en intensidad y frecuencia de acuerdo a la edad⁴².

c. Factores Psicológicos

Tales como la baja autoestima, también desempeñan un papel en la obesidad. La baja autoestima puede desencadenar hábitos alimenticios poco saludables y la ganancia de peso resultante puede a su vez deteriorar aún más la autoimagen. Una persona puede sobrealimentarse como resultado de ansiedad, depresión, sentimientos de culpabilidad y aburrimiento, o como un medio para llamar la atención. Algunos expertos catalogan el exceso de comida como una adicción a la comida y como un mecanismo para afrontar los acontecimientos vitales estresantes⁴².

d. Otros factores

Existen circunstancias personales y familiares que suelen asociarse a la obesidad infantil: el aburrimiento, niño muchas horas solo, familia rota o con problemas de convivencia, hijo único, trabajo materno, edad de la madre, niño al cuidado preferente de los abuelos, nivel sociocultural bajo, problemas de relación, ansiedad y depresión⁴².

Las causas pueden variar según la edad y el sexo de la persona, así como también de acuerdo a las características específicas del síntoma, tales como calidad, duración, factores agravantes, factores aliviantes y enfermedades asociadas⁴².

1.4.2. Factores socioculturales asociados al Sobrepeso y Obesidad

Respecto a los factores sociales, Tazza R; indica que la epidemia del sobrepeso y obesidad infantil se puede atribuir sobre todo a los factores ambientales adversos entre ellos la introducción temprana de alimentos sólidos y la sobremesa⁴².

Tendencias sociales problemáticas:

La clase social y educación de las personas

Falta de hábitos alimenticios saludables

Aumento del tiempo de ocio sedentario (videojuegos).

Poca actividad física diaria

Nivel socioeconómico

El aumento en la disponibilidad, cantidad y variedad de alimentos altamente calóricos.

Aumento del tamaño de ración de comida a precios bajos.

Aumento de uso de refrescos como sustitutos del agua en las escuelas y el hogar⁴².

Respecto a los factores socioculturales, Martínez C; Navarro G; indican que la relación entre cultura y salud es realmente compleja. En este sentido, si reconocemos que la biología y la cultura están bastante unidas, y que las distintas maneras de entender el funcionamiento del cuerpo humano, pueden llevar a diferentes concepciones de cómo “arreglarlo” o curarlo, entonces un entendimiento amplio del contexto social en que los individuos aprenden acerca de la comida y la experimentan es útil para entender el fenómeno actual de la obesidad⁸.

Tales como los aparatos que facilitan las tareas, la dependencia del coche para el transporte, así como el mayor tiempo de uso del ordenador, contribuyen a reducir el gasto energético. El incremento del tiempo pasado viendo televisión se considera un factor contribuyente fundamental en la mayor incidencia de la obesidad entre niños y adolescentes⁸.

Según Gómez R³⁸; los factores culturales que contribuyen al sobrepeso y obesidad son los siguientes:

- a.** Sobrealimentación: Gran disponibilidad de alimentos hiperenergéticos y bebidas gaseosas y jugos azucarados. Dieta inadecuada sobrecargada de cereales: coladas, galletas. El azúcar añadido a las bebidas gaseosas o jugos es el contribuyente más importante de calorías a la dieta de los niños. Porciones de gran tamaño, ricas en grasas y comidas fuera de casa³⁸.

- b. El uso de comida como herramienta para premiar o castigar, así como para tranquilizar o entretener: La comida como recompensa o castigo en niños es un método muy utilizado por los padres y abuelos, constituyendo una de las estrategias más populares empleadas para que coman toda la comida o bien con otros propósitos, como tranquilizarlos o entretenerlos. Existe aún la falsa creencia que entre más peso corporal tenga el niño más sano está, cuando lo ideal es que ellos sean más bien delgados. Algunas normas alimentarias adquiridas en la infancia pueden tener un impacto duradero en las conductas alimentarias en la edad adulta y en el desarrollo de obesidad³⁸.
- c. Otras: A las causas anteriores se añaden otras como son: sedentarismo (computador, televisión, horas reducidas de actividad física en la escuela y fuera de ella), nivel socioeconómico bajo, historia familiar de obesidad relacionada en general con malos hábitos alimentarios, comer aceleradamente evitando que actúen los mecanismos de la saciedad, problemas familiares o con sus compañeros, alteraciones psicológicas como depresión, baja autoestima, aislamiento y también trastornos de la alimentación como trastorno por atracón, bulimia, anorexia, entre muchas más³⁸.

1.5. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de primaria de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria – 2018?

1.6. Justificación e importancia del estudio.

El sobrepeso y la obesidad infantil son los problemas de salud más preocupantes a nivel mundial, ya que generan enfermedades crónicas a largo plazo, pudiendo llegar hasta la muerte a temprana edad. En el año 2005 los datos muestran las consecuencias a largo plazo de un estilo de vida no saludable. Ya que cada año mueren a consecuencia del sobrepeso y la obesidad por lo menos 2,6 millones de personas. La obesidad está catalogada como uno de los problemas de salud pública más importantes del nuevo siglo, que afecta negativamente la morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en vía de desarrollo, genera costos de salud pública importantes, riesgos de baja productividad y amenaza la acumulación de capital humano y el crecimiento económico⁴.

El presente proyecto de investigación pretendió identificar cuáles son los factores socioculturales que están asociados al sobrepeso - obesidad en niños, para informar y proporcionar datos actualizados, y luego intervenir a través de la promoción de la salud, fomentando estilos de vida saludable y a la vez concientizar a las madres de éstos para que impulsen y respalden la iniciativa de llevar hábitos alimenticios saludables en sus niños, para así evitar las complicaciones a largo plazo.

1.7.Hipótesis

Existe relación significativa entre el sobrepeso - obesidad y factores socioculturales.

1.8.Objetivos

1.8.1. Objetivo General

- Determinar los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”.

1.8.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales relacionados al sobrepeso y obesidad en niños en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”.
- Identificar los factores culturales relacionados al desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”.
- Determinar el estado nutricional a través del IMC en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”.

1.9.Definición de términos básicos

Sobrepeso y Obesidad: El sobrepeso y la obesidad son una acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Estos problemas se logran identificar a través del índice de masa corporal, el cual indica la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2)⁵⁰.

Niñez: Según la Real Academia Española, es el periodo de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta la pubertad⁵¹.

Factores sociales: Son aquellas problemáticas, instituciones e interacciones de actores sociales colectivos e individuales, cuyas manifestaciones que se construyen en distintas instancias de la sociedad como las económicas, políticas, culturales, ideológicas, etcétera y en diferentes dimensiones⁵².

Factores culturales: son las actividades propias de una persona o comunidad, respecto a su salud. Influye en todos y cada uno de los aspectos generales de la comunidad y del individuo, determinando en principio incluso las acciones que desarrollen en su vida⁵².

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El presente estudio de investigación se realizó a través de la investigación cuantitativa, la cual es secuencial y probatoria. Se utilizan para descubrir condiciones actuales, investigar relaciones y estudiar fenómenos de causa y efecto en este caso sobre ¿cuáles son los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de primaria de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria – 2018?⁵³

El diseño fue transeccional correlacional-causal, estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causaefecto. Los diseños correlacionales-causales pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales. Cuando se limitan a relaciones no causales, se fundamentan en planteamientos e hipótesis correlacionales; del mismo modo, cuando buscan evaluar vinculaciones causales, se basan en planteamientos e hipótesis causales⁵³.

Se mide y describe la relacion ($V_1 - V_2$) Se mide y describe relacion ($V_1 - V_3$) Se mide y describe relacion ($V_2 - V_3$)
--

2.2. Variables

Variable dependiente: Sobrepeso - obesidad

Variable independiente: Factores socioculturales

2.3. Operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN		DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	ITEMS
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores socioculturales	Factores socioculturales: Son aquellas problemáticas, interacciones colectivas e individuales, cuyas manifestaciones se construyen en la sociedad. Culturales son las actividades propias de una persona o comunidad,	Factores sociales	Datos generales	Grado	Escala adaptada para la evaluación del nivel socioeconómico, propuesto por Eduardo Vera Romero y Miguel Vera-Romero. Alfa de Crombach: 0,9017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5to grado ▪ 6to grado
				Edad		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 años ▪ 11 años
				Genero		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino
			Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrucción del jefe de Familia ▪ Consulta medica ▪ Salario mensual ▪ N° promedio de habitantes y habitaciones ▪ Material predominante de casa 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ NSE-A-Alto ▪ NSE B-Medio ▪ NSE-C-Bajo superior ▪ NSE-D-Bajo inferior ▪ NSE-E-Marginal

	respecto a su salud ⁵² .	Factores culturales		Hábitos alimentarios Costumbres familiares Hábitos deportivos Uso de la tecnología	Cuestionario sobre estilos de vida en escolares de 8 a 12 años de edad validado por juicio de expertos: Alfa de Crombach 0.877	Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 Preguntas 16, 17, 18 Preguntas 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 Preguntas 26, 27
Variabl e Dependiente: Sobrepeso y Obesidad	El sobrepeso y la obesidad son una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud ⁵⁰ .		Estado nutricional según OMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delgado severo ▪ Delgado ▪ Normal ▪ Sobrepeso ▪ Obesidad 	Clasificación del IMC por percentiles según la OMS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <-3 ✓ <-2 ✓ ≥ -2 y ≤ 1 ✓ >1 ✓ >2

2.4.Población y muestra

2.4.1. Población

Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación⁵³.

La población estuvo constituida por todos los niños varones y mujeres de 5to y 6to grado de primaria, matriculados en la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria

2.4.2. Muestra

Según Hernández S; la muestra es un subgrupo de la población. Es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se le llama población⁵³. Para determinar la muestra se utilizó el muestreo simple y estratificado partir de la población.

$$n_0 = \left(\frac{z}{\varepsilon} \right)^2 * p * q$$
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

n₀= Cantidad teórica de elementos de la muestra.

n= Cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida o de los estratos asumidos en la población.

N= Número total de elementos que conforman la población, o número de estratos totales de la población

E= Error muestral. En este estudio se asume un error muestral del 5%.

Z=1.96(al 95% de nivel de confianza).

Determinación de la proporción p=0.92

Determinación de la proporción q =0.08

Según la formula vamos a calcular:

$$n_0 = \left(\frac{z}{\varepsilon} \right)^2 * p * q = \left(\frac{1.96}{0.05} \right)^2 * (0.92) * (0.08) = 113.09$$

Según la fórmula vamos a calcular:

$$n_0 = \left(\frac{z}{e} \right)^2 * p * q = \left(\frac{1.96}{0.05} \right)^2 * (0.92) * (0.08) \quad n_0 = 113.09$$

Calculo de n:

$$n = \frac{n_0}{1 + n_0} = \frac{113.09}{1 + 113.09} = 83$$

n=83, selección de muestra para ambas secciones de 5to y 6to grado de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo v Guzmán Zea”.

Cálculo de la proporción de cada estrato:

$$ni = \frac{Ni}{N} * n$$

Para la sección 5to grado:

Para la seccion 6to grado:

$$A = ni = \frac{N1}{N} * n = \frac{36}{304} * 83 = 10$$

$$A = ni = \frac{N1}{N} * n = \frac{31}{304} * 83 = 8$$

$$B = ni = \frac{N2}{N} * n = \frac{36}{304} * 83 = 10$$

$$B = ni = \frac{N2}{N} * n = \frac{32}{304} * 83 = 9$$

$$C = ni = \frac{N3}{N} * n = \frac{36}{304} * 83 = 10$$

$$C = ni = \frac{N3}{N} * n = \frac{32}{304} * 83 = 9$$

$$D = ni = \frac{N4}{N} * n = \frac{36}{304} * 83 = 10$$

$$D = ni = \frac{N4}{N} * n = \frac{33}{304} * 83 = 9$$

$$E = ni = \frac{N5}{N} * n = \frac{36}{304} * 83 = 10$$

2.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio:

- Todos los alumnos varones y mujeres de 5to y 6to grado de primaria, matriculados en la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria
- Alumnos cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado

Se excluyeron en el estudio:

- Alumnos no matriculados en el 5to y 6to grado de primaria en la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” – La Victoria
- Alumnos cuyos padres no hayan firmado el consentimiento informado
- Alumnos que no estén asistiendo por enfermedad u otros asuntos.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Encuesta: Definida como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población”. Mediante la encuesta se obtienen datos de interés sociológico interrogando a los miembros de un colectivo o de una población⁵⁴

2.5.1. Instrumentos

El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas, entre las que destacan su administración a grupos o su envío por correo⁵⁵.

Para la recolección de la información se tendrán en cuenta e instrumentos para medir los factores socioculturales y la clasificación del Índice de Masa Corporal.

Para valorar los factores sociales se utilizó la escala adaptada para la evaluación del nivel socioeconómico, ya validada en Lambayeque - Perú, propuesta por Eduardo Vera Romero y Miguel Vera-Romero; con un coeficiente de Alfa de Crombach: 0,9017, aquí se miden los

siguientes indicadores: Instrucción del jefe de Familia, consulta médica, salario mensual, N° promedio de habitantes y habitaciones y material predominante de casa. Donde los ítems obtenidos serán de acuerdo a la puntuación obtenida. Nivel 1: A Alto 22 – 25 puntos 33 o más puntos; Nivel 2 B Medio 18 – 21 puntos 27 – 32 puntos; Nivel 3 C Bajo Superior 13 – 17 puntos 21 – 26 puntos; Nivel 4 D Bajo Inferior 9 – 12 puntos 13 – 20 puntos y Nivel 5 E Marginal 5 – 8 puntos 5 – 12 puntos.

Para valorar los factores culturales se utilizó un cuestionario sobre hábitos de vida, alimentación y actividad física en escolares de 8 a 12 años de edad, el cual tiene 27 ítems, donde se valoran los hábitos alimentarios en las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15; las costumbres familiares en las preguntas 16, 17, 18; los hábitos deportivos en las preguntas 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25; y el uso de la tecnología en las preguntas 26, 27; cada pregunta con cinco opciones de respuesta: Nunca o menos de 1 vez por mes, 1 a 3 veces por mes, 1 o 2 veces por semana, 3 a 6 veces por semana y diariamente.

Éste instrumento fue elaborado por Guerrero Guadalupe, López José, Villaseñor Nuri, Gutierrez César, Sánchez Yazmin, Santiago Luis, Martínez Omar y Maya Nayely, en Chile. Por lo tanto, para que éste instrumento sea válido en ésta realidad fue validado por un juicio de expertos, la Dra. En Salud Pública, Maria E, Samillán de Carrascal; la Lic. en nutrición pública, América Túllume y la Lic. en nutrición Marlene Sirlopu. Posterior a su validación, se realizó una prueba piloto con 30 escolares de la Institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” que no están considerados en la muestra, se estimó la confiabilidad del cuestionario, donde el Alfa de Crombach fue 0.877.

Para medir el sobrepeso y obesidad se pesó y talló a los alumnos de 5to y 6to grado de primaria de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, y luego se compararon los resultados del Índice de Masa Corporal con las tablas de evaluación nutricional para edades de 5 a 19 años ya establecidas por la Organización Mundial de la Salud, donde según la categorización por percentiles se determinó el estado nutricional de los niños. Delgado severo: < 3 ; Delgado: < -2 , Normal: ≥ -2 y ≤ 1 ; Sobrepeso: > 1 ; y Obesidad: > 2 ⁴⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud, la estimación del sobrepeso y obesidad en la infancia, tanto a nivel clínico como epidemiológico, se realiza a partir del Índice de Masa Corporal, definiendo el sobrepeso y la obesidad mediante la utilización de percentiles. En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera⁴⁷:

El sobrepeso es el Índice de Masa Corporal para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud⁴⁷.

La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud⁴⁷.

2.6.Criterios éticos.

En esta investigación tomó en cuenta 2 de los 4 principios de la bioética propuestos por Beauchamp y Childress.

Principio de Autonomía: Se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia⁵⁶. En ésta investigación se solicitó el consentimiento informado a la madre o padre de los menores, de acuerdo al principio ético de autonomía explicando a las madres el objetivo de la investigación.

Principio de beneficencia: Es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente⁵⁶.

2.7.Criterios de rigor científico

Credibilidad: En la investigación es esencial la pesquisa de argumentos fiables que pueden ser demostrados en los resultados del estudio realizado, en concordancia con el proceso seguido. Se apoya en el respeto a las personas, valoración de los instrumentos de la investigación, estimación valorativa de los datos recogidos, entre otros⁵⁷.

Transferibilidad o aplicabilidad: Los resultados de este estudio, no son transferibles ni aplicables a otros contextos y/o ámbitos de acción, criterio del cual se tiene razón plena, en tanto la naturaleza social y compleja del fenómeno estudiado⁵⁷.

Confirmabilidad: El grado de implicación del investigador en el estudio, no se ha eludido, en todo caso se extiende la garantía suficiente sobre el proceso de la investigación, producto de la información arrojada por los instrumentos aplicados, donde los datos no están sesgados, ni responden a ningún tipo de manipulación de naturaleza personal⁵⁷.

2.8.Procedimientos de análisis de datos

Posterior al recojo de información de los instrumentos de ésta investigación, se procesó los datos para realizar un análisis estadístico e interpretación mediante el sistema operativo SPSS y Excel

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en tablas y figuras

Objetivo específico 1:

Tabla 1: Factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” Chiclayo 2018

FACTORES SOCIALES	CATEGORÍAS	N°	%
INSTRUCCIÓN DEL JEFE DE LA FAMILIA	Primaria completa/ incompleta	8	9,6%
	Secundaria incompleta	16	19,3%
	Secundaria completa	41	49,4%
	Superior No Universitario	15	18,1%
	Estudios universitarios incompletos	3	3,6%
ACCESO A SALUD	Posta medica / farmacia / naturista	44	53,0%
	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la solidaridad	20	24,1%
	Seguro social / Hospital FFAA / Hospital de Policía	15	18,1%
	Medico particular en consultorio	3	3,6%
	Medico particular en clínica privada	1	41,0%
INGRESOS ECONOMICOS DE LA FAMILIA	Menos de 750 soles/ mes aproximadamente	34	41,0%
	Entre 750 – 1000 soles / mes aproximadamente	31	37,3%
	1001– 1500 soles/ mes aproximadamente	15	18,1%
	>1500 soles /mes aproximadamente	3	3,6%
N° de Habitaciones en el hogar	1-2 habitaciones	15	18,1%
	3-4 habitaciones	45	54,2%
	Más de 5 habitaciones	23	27,7%
HA CIN personas en el hogar	4-6 personas	69	83,1%
	Más de 7 personas	14	16,9%
AM IEN TO Material predomina nte de casa	Tierra / arena	15	18,1%
	Cemento sin pulir (falso piso)	34	41,0%
	Cemento pulido / Tapizón	19	22,9%
	Mayólica /loseta/cerámicos	14	16,9%
	Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo	1	1,2%
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio	4	4,8%
	Bajo superior	32	38,6%
	Bajo inferior	33	39,8%
	Marginal	14	16,9%

Fuente: Elaboración propia

Objetivo específico 2:

Tabla 2: Factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” Chiclayo 2018

FACTORES CULTURALES		ITEMS	N°	%	
HABITOS ALIMENTARIOS	Hábitos alimentarios deficientes	Tomo jugos embotellados	3 a 6 veces por semana	26	31,3%
		Tomo leches saborizadas	1 o 2 veces por semana	43	51,8%
		Como frutas y verduras	1 o 2 veces por semana	45	54,2%
		Como pizzas o hamburguesas	1 a 3 veces por mes	34	41,0%
		Como panes o pasteles	3 a 6 veces por semana	39	47,0%
	Hábitos alimentarios regulares	Como golosinas o frituras	3 a 6 veces por semana	30	36,1%
		Si tengo sed tomo agua	1 o 2 veces por semana	42	50,6%
		Si estoy aburrido, como.	Nunca o menos de 1 vez por mes	31	37,3%
		Sigo comiendo, aunque no tenga hambre	Nunca o menos de 1 vez por mes	36	43,4%
		Como al menos 2 frutas al día	1 o 2 veces por semana	57	68,7%
	Hábitos alimentarios suficientes	El lonche lo compro en la calle	1 o 2 veces por semana	40	48,2%
		Consumo helados o chocolates	1 o 2 veces por semana	38	45,8%
		Si tengo hambre entre comidas, como fruta	1 o 2 veces por semana	44	53,0%
		Cuando veo la televisión como golosinas o frituras	1 o 2 veces por semana	39	47,0%
		Como al menos 2 verduras al día	1 o 2 veces por semana	40	48,2%
COSTUMBRES FAMILIARES	Costumbres Familiares Inadecuadas	Desayuno antes de salir de mi casa	3 a 6 veces por semana	47	56,6%

RES	Costumbres Familiares Adecuadas	47%	Hago 5 comidas al día	3 a 6 veces por semana	21	25,3%
			A la hora de comer veo la televisión	1 o 2 veces por semana	41	49,4%
HABITOS DEPORTIVOS	Hábitos deportivos inadecuados	44,6%	Hago deporte con mi familia	1 o 2 veces por semana	29	34,9%
			Hago deporte con otros niños	1 o 2 veces por semana	47	62,7%
	Hábitos deportivos regulares	37,3%	En el recreo hago deporte	3 a 6 veces por semana	39	47,0%
			Practico deporte fuera del colegio	1 o 2 veces por semana	52	62,7%
			Camino 15 minutos por día	1 o 2 veces por semana	56	67,5%
	Hábitos deportivos adecuados	18,1%	Paso parte del día acostado	Nunca o menos de 1 vez por mes	27	32,5%
Prefiero estar sentado, en vez hacer deporte			1 o 2 veces por semana	26	31,3%	
USO DE LA TECNOLOGIA			Paso más tiempo en la computadora que realizando actividad física.	3 a 6 veces por semana	32	38,6%
			Paso más de 2 horas viendo televisión	Diariamente	43	51,8%

Fuente: Elaboración propia

Objetivo específico 3:

Tabla 3: Estado nutricional de niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, de acuerdo a ubicación en tablas establecidas por la Organización Mundial de la Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
≥-2 y ≤ 1 Normal	8	9.6	9.6	9.6
>1 y <+2 Sobrepeso	51	61.4	61.4	71.1
>+2 Obesidad	24	28.9	28.9	100.0
Total	83	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

EN RELACIÓN AL OBJETIVO GENERAL

Tabla 4: Factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”

ESTADO NUTRICIONAL			SOBREPESO	OBESIDAD
FACTORES SOCIALES				
GRADO DE INSTRUCCION	Secundaria completa	N°	26	9
		%	51,0%	37,5%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,55				
ATENCION MEDICA	Posta medica / farmacia /naturista	N°	23	17
		%	45,1%	70,8%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,02*				
INGRESO FAMILIAR	Menos de 750 soles/ mes aproximadamente	N°	20	9
		%	39,2%	37,5%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA=0,91				
HACINAMIENTO	N° Habitaciones en casa	3-4 habitaciones	N°	27
			%	52,9%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,77				
HACINAMIENTO	N° Personas en casa	4-6 personas	N°	43
			%	84,3%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,80				
HACINAMIENTO	Material predominante de casa	Cemento si 3n pulir	N°	20
			%	39,2%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,14				
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo inferior		N°	16
			%	31,4%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,45				

Fuente: elaboración propia

*No existe asociación significativa entre la atención médica y el sobrepeso obesidad, según el coeficiente de Contingencia

Tabla 5: Factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”

ESTADO NUTRICIONAL		SOBREPESO	OBESIDAD	
FACTORES CULTURALES				
HABITOS ALIMENTARIOS	Hábitos alimentarios deficientes	N° 26 % 51,0%	13 54,2%	
	Hábitos alimentarios regulares	N° 18 % 35,3%	9 37,5%	
	Hábitos alimentarios suficientes	N° 7 % 13,7%	2 8,3%	
	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,66			
	COSTUMBRES FAMILIARES	Costumbres Familiares Inadecuadas	N° 29 % 56,9%	11 45,8%
		Costumbres Familiares Adecuadas	N° 22 % 43,1%	13 54,2%
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,66				
HABITOS DEPORTIVOS	Hábitos deportivos inadecuados	N° 24 % 47,1%	10 41,7%	
	Hábitos deportivos regulares	N° 19 % 37,3%	8 33,3%	
	Hábitos deportivos adecuados	N° 8 % 15,7%	6 25,0%	
	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,81			
USO DE LA TECNOLOGIA	Tiempo utilizado en computadora	3 a 6 veces por semana	N° 20 % 39,2%	
		Más de 2 horas viendo televisión	9 37,5%	
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,67				
		3 a 6 veces por semana	N° 22 % 43,1%	
			15 62,5%	
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C=0,65				

Fuente: Elaboración propia

3.2.Discusión de resultados

El problema de la obesidad infantil es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. Se calcula que, en el 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos⁶³.

En la investigación realizada sobre “factores socioculturales asociados al sobrepeso – obesidad en escolares de una institución educativa en la Victoria Chiclayo, 2018”, se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a cada objetivo, la investigadora se adecuó a la disponibilidad del tiempo por parte de la plana docente de dicha institución y se obtuvo como resultado lo siguiente:

La discusión empieza con el análisis del primer objetivo específico: Determinar los factores sociales relacionados al sobrepeso y obesidad en niños en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. Donde en la tabla N° 1, referente a factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” Chiclayo 2018, se puede observar que en la dimensión instrucción del jefe de la familia el 49,4% (41) tienen secundaria completa, respecto al acceso a la salud, el 53%(44) asisten a una Posta medica/farmacia o Naturista; referente a los ingresos económicos de la familia el 41% (34) ganan menos de 750 soles al mes aproximadamente; respecto a la dimensión hacinamiento el 54,2% (45) tienen de 1-2 habitaciones en casa, el 83,1% (69) respondió que viven de 4-6 personas en el hogar, el material predominante de la casa fue cemento sin pulir con un 41%(234); y finalmente el 39,8% (33) fue de Nivel socioeconómico Bajo inferior. Estos resultados se contrastan con los de Sánchez, F. Torres, P; Serral, G; quien en su investigación titulada “Factores asociados al Sobrepeso y la Obesidad en Escolares de 8 a 9 años de Barcelona” en España en el año 2016, encontró que los factores asociados a la obesidad en niños fueron asistir a escuela situada en barrios de nivel socioeconómico desfavorable. Además, afirma que el sobrepeso y obesidad es más frecuente en niños, siendo los determinantes sociales son los factores asociados de mayor relevancia²¹.

En los escolares de la institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, efectivamente existe un alto porcentaje de escolares que pertenecen al nivel socioeconómico bajo inferior y nivel socioeconómico bajo superior; y tanto los géneros masculino y femenino presentan casi la misma proporción de sobrepeso y obesidad. Entonces estos factores sociales son indispensables para que se presente el sobrepeso y obesidad ya que el entorno que hay en sus hogares, la economía, el nivel de escolaridad que tienen sus padres, problemas familiares, influyen de manera significativa en sus menores hijos.

En relación al segundo objetivo específico: Determinar los factores culturales relacionados al sobrepeso y obesidad en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. En la tabla N° 2 referente a factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños de la I.E. “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea” Chiclayo 2018. Se puede observar que el 54,2% de niños tiene hábitos alimentarios deficientes, 34,9% tienen hábitos alimentarios regulares y solo el 10,8% tiene hábitos alimentarios suficientes, Aquí se resalta que el 51,8%(43) toman leches saborizadas 1 o 2 veces por semana, el 53%(44) de niños comen una fruta cuando tienen hambre solo 1 o 2 veces por semanas, y el 54,2%(45) de niños comen frutas y verduras 1 o 2 veces por semana. Por otro lado el 53% de niños tienen costumbres familiares inadecuadas y el 47% tienen costumbres familiares adecuadas. Referente a la dimensión hábitos deportivos, se puede observar que el 44,6% tienen hábitos deportivos inadecuados, el 37,3% tienen hábitos deportivos regulares y solo el 18,1% de niños tienen hábitos deportivos adecuados; finalmente respecto a la dimensión uso de la tecnología, el 38,6% (32) pasan más tiempo en la computadora que realizando actividad física, y el 51,8% (43) pasan más de 2 horas viendo televisión en casa. Estos resultados se contrastan con los de Serrano C; en su investigación titulada “Sobrepeso, Obesidad y condiciones socioculturales en escolares entre los siete y los once años de edad en la ciudad de Orizaba, Veracruz”; encontró que la suma de panículos adiposos evidenció un porcentaje alto de obesidad y 16 % de la muestra presentó exceso de adiposidad. Estos resultados se relacionan con una cotidianidad caracterizada por un amplio consumo de alimentos de alto valor calórico y hábitos preponderantes de vida sedentaria¹⁵ Goin, V; Castañeda C; quienes en su investigación titulada “Factores asociados al Sobrepeso y Obesidad en niños”; donde los hallazgos reportados en el estudio demuestran que los factores asociados, el 50 % son los factores socio demográficos, 40% representa estilos de

vida, reducción y ausencia de la actividad física y mayor tiempo en la televisión y ordenador, alimentos con alto contenido energético y 10% de la publicidad no saludable de los alimentos²⁸. Aguilar R; en su investigación titulada "Prevalencia y factores de riesgo para el sobrepeso y obesidad en escolares de educación primaria de colegios estatales del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna"; demuestra que las características principales de los escolares con sobrepeso y obesidad del nivel primario del distrito Gregonio Albarracín Lanchipa de Tacna son: El tiempo dedicado al desarrollo de actividades físicas semanales en los escolares con sobrepeso y obesidad son: menos de 2 horas de educación física a la semana (71 ,5%), menos de 3 horas de actividad física extraescolar a la semana (73,9%), más de 8 horas a ver televisión (80%) y al uso de la computadora por más de 8 horas²³.

En los escolares de la institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, efectivamente se evidencia el consumo diario de productos con alto contenido calórico, como golosinas, galletas, gaseosas, que se expiden en los kioscos de dicha institución. Así mismo ellos manifiestan que les gusta pasar la mayoría de su tiempo libre en la computadora en las redes sociales, celular o en los videojuegos; y luego el poco tiempo restante lo dedican a jugar futbol o practicar otros deportes; manifestándose así que la mayor parte de escolares tiene hábitos alimentarios y físicos deficientes; siendo éste un factor predisponente para desarrollar sobrepeso u obesidad.

En relación al tercer objetivo específico: Determinar el estado nutricional a través del IMC en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. En la tabla N° 3, referente a estado nutricional de acuerdo al IMC, se observa que de los 83 alumnos encuestados que representan el 100% de la muestra, el 61%(51) tienen sobrepeso, el 29%(24) presentan obesidad, y sólo el 10% (8) presenta estado nutricional normal. Estos resultados se contrastan con los de Callomamani L; que en su investigación titulada: Relación entre el sobrepeso-obesidad y la actividad física en escolares de 9 a 11 años de la I.E. Mariscal Cáceres Tacna – 2012”; demuestra que se evidencio un predominio de escolares de la I. E. Mariscal Cáceres con IMC normal (54,3%), mientras que el sobrepeso se presentó en una cuarta parte de la población y la obesidad en el 18,1 %; la patología de sobrepeso-obesidad agrupa al 43,3% y una minoría de 2,4% se encontraron con IMC de delgadez²⁴.

En la realidad estudiada, los escolares de la institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, efectivamente se evidenció la prevalencia de sobrepeso y obesidad a través de la observación a cada aula de 4to y 5to grado de primaria, por la contextura física de los niños; y esto se reafirmó luego de tomar las medidas de peso, talla e Índice de Masa Corporal.

En relación al objetivo general: Determinar los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de 5to y 6to grado de la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. En la Tabla N°4 referente a factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, Se puede observar que el 51% (26) de niños que presentan sobrepeso tienen padres con grado de instrucción secundaria completa, teniendo un coeficiente de contingencia de 0,55 donde se afirma la asociación entre la dimensión grado de instrucción y la variable sobrepeso-obesidad. El 70,8% (17) de niños que presentan obesidad realizan su atención médica en una posta/farmacia/naturista, teniendo un coeficiente de contingencia de 0,02 donde se define que no hay asociación significativa entre la dimensión atención médica y la variable sobrepeso-obesidad. El 39,2% (20) de niños que presentan sobrepeso tienen un ingreso familiar menor a 750 soles al mes, con un coeficiente de 0,91 donde se afirma la asociación entre la dimensión ingreso familiar y la variable sobrepeso – obesidad; referente a la dimensión hacinamiento se observa que el 62,5% (15) de niños que presentan obesidad, tienen de 3 -4 habitaciones en casa, el 84,3% (43) de niños que presentan sobrepeso viven con 4-6 personas en casa y el 45,8% (11) de niños que presentan obesidad, el material predominante en su casa es cemento sin pulir, todo esto con un coeficiente de contingencia de 0,57, donde se afirma la asociación entre la dimensión hacinamiento y la variable sobrepeso – obesidad. Y finalmente el 50%(12) que pertenecen al nivel socioeconómico bajo inferior presentan obesidad, mientras que el 31,5% (16) presentan sobrepeso, con un coeficiente de contingencia de 0,45, afirmando la asociación entre la dimensión nivel socioeconómico y la variable sobrepeso-obesidad. Estos resultados se contrastan con los de Ibarra Y; en su investigación titulada “Determinantes Sociales del Sobrepeso y la Obesidad en Colombia”.donde se encontró que los determinantes sociales del exceso de peso para todas las edades y para los menores de 19 años colombianos fueron la edad, el hacinamiento, vivir en zona rural, tener a los padres vivos y al padre con pareja estable, estar ocupado la semana anterior, ser de sexo femenino, ser pobre y tener una madre con baja escolaridad¹⁹.

En la Tabla N° 5 referente a factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad en niños la Institución Educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”. Se puede observar que el 51% (26) de niños que presentan obesidad tienen hábitos alimentarios deficientes, con un coeficiente de contingencia de 0,66 donde se afirma la asociación entre la dimensión hábitos alimentarios y la variable sobrepeso – obesidad; el 56, 9% (29) de niños que presentan sobrepeso tienen costumbres familiares inadecuadas, con un coeficiente de contingencia de 0,66 donde se afirma la asociación entre la dimensión costumbres familiares y la variable sobrepeso-obesidad; el 41,1% (24) de niños que presentan sobrepeso tienen hábitos deportivos inadecuados, con un coeficiente de contingencia de 0,81 afirmándose así la asociación entre la dimensión hábitos deportivos y la variable sobrepeso-obesidad.; el 39, 2% (20) de niños que presentan sobrepeso prefieren estar en la computadora en vez de realizar actividades físicas, y el 62,5% (15) de niños que presentan obesidad pasan más de 2 horas viendo televisión en vez de realizar actividad física, con un coeficiente de contingencia de 0,65 afirmándose así la asociación entre la dimensión uso de la tecnología y la variable sobrepeso-obesidad. Estos resultados se contrastan con los de Lozada C; en su investigación titulada “Estilos de vida relacionado con el sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 10 años de la I.E.P Santa Magdalena Sofia. Arequipa. 2014”; donde encontró que los estilos de vida encontrados en los niños de 8 a 10 años es en su mayoría hábitos alimenticios inadecuados, 45,4% no realizan actividad física y están relacionados a tener sobrepeso, obesidad. Los resultados muestran que los estilos de vida inadecuados están relacionados a presentar sobrepeso y obesidad en los niños , no siendo este el único factor causante .el total de niños estudiados el 45,7% presentan sobrepeso , 26,9% obesidad y el 24% normal²⁶.

Entonces, en la realidad estudiada, es decir en los escolares de 5to y 6to de la institución educativa “Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Zea”, hay un gran porcentaje de alumnos que presentan factores asociados al sobrepeso y obesidad, como por ejemplo hábitos alimentarios y físicos deficientes, y estos tienen una relación significativa no solo con el desarrollo del sobrepeso-obesidad, sino que también conllevan a otras consecuencias, como el desarrollo de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, también enfermedades cardíacas, que ponen en riesgo la vida de las personas.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Se concluye que los factores sociales relacionados al sobrepeso-obesidad con mayor impacto son, el grado de instrucción secundaria completa, el ingreso familiar menor de 750 soles al mes, el hacinamiento y el nivel socioeconómico bajo inferior.

Se concluye que los factores culturales relacionados al sobrepeso-obesidad con mayor impacto son los hábitos alimentarios deficientes, costumbres familiares inadecuadas, hábitos deportivos inadecuados y el uso de la tecnología.

Se concluye que el 61,4% de los niños de la Institución educativa “Juan pablo Vizcardo y Guzmán Zea” presentan sobrepeso, el 28.9% presentan obesidad y solo el 9,6% presentan Índice de masa Corporal Normal.

Los factores sociales asociados al sobrepeso-obesidad son el grado de instrucción, ingreso familiar, hacinamiento y nivel socioeconómico; y los factores culturales asociados al sobrepeso-obesidad son los hábitos alimentarios, costumbres familiares, hábitos deportivos y uso de la tecnología.

4.2. Recomendaciones

Informar los resultados a las autoridades de la Institución Educativa, para que informen a los padres de los niños, y también luego promover al interior de cada institución, actividades de promoción de la salud, esto a través de los kioscos saludables, donde se venda comida nutritiva, frutas; y también fomentar la actividad física en los escolares a través de actividades programadas como campeonatos escolares, incluyendo a docentes, estudiantes, padres de familia y también al personal administrativo.

A los docentes encargados de educación física, fomentar la práctica de actividades deportivas saludables y dinámicas, concientizando a los escolares acerca de la importancia de llevar una alimentación saludable, esto en función a las necesidades y contexto socioeconómico de cada escolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Estado mundial de la infancia. [Online].; 2005 [cited 2018 Abril 16. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>.
2. Centro de Investigaciones Help. Desarrollo de la Primera Infancia : Un Potente Ecuilizador. [Online].; 2007 [cited 2018 Abril 16. Available from: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf?ua=1.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 29. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 16. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/.
5. Organización mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 12. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
6. Oleas M. Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en escolares. Scielo. 2014 Marzo; 41(1).
7. Academia Nacional Mexicana de Medicina. Obesidad en México. [Online].; 2013 [cited 2018 Abril 16. Available from: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>.

8. Martínez C, Navarro G. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 07. Available from: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/807/1369.
9. Instituto Médico Europeo de la Obesidad. Obesidad. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 16. Available from: <https://stopalaobesidad.com/category/estadisticas-obesidad-2/page/2/>.
10. Ministerio de Salud del Perú. Obesidad Infantil y Desnutrición. [Online].; 2015 [cited 2018 Abril 16. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/nutricion/index.asp?op=2>.
11. Instituto Nacional de Salud. El rostro de la obesidad en niños. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012 Julio; 29(3).
12. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Obesidad Infantil. [Online].; 2015 [cited 2018 Abril 16. Available from: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/12/web_I7695ES_SOFI2017.pdf.
13. Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad. Obesidad Infantil. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 16. Available from: <https://observateperu.ins.gob.pe/noticias/256-cantidad-de-obesos-aumento-mas-del-doble-en-73-paises-desde-1980>.
14. Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad. Situación Nutricional Lambayeque. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 16. Available from: http://www.observatorioseguridadalimentaria.org/sites/default/files/final-libro_compilacion_lra_seguridad_alimentaria_final_2016.pdf.
15. Serrano C. Sobrepeso, Obesidad y Factores socioculturales en escolares entre los 7 y 11 años de edad. [Online].; 2012 [cited 2018 Abril 23. Available from:

https://ac.els-cdn.com/S0185122514704977/1-s2.0-S0185122514704977-main.pdf?_tid=11f77683-3c4a-4386-94a5-ff41a5963de6&acdnat=1524629575_f361585090319871d9e5d3a0c28018d0.

16. Martínez A. Prácticas Sociales, Sobrepeso Y Obesidad Infantil en una primaria pública de Tijuana en 2012. [Online].; 2012 [cited 2018 Abril 23. Available from: <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2014/03/TESIS-Mart%C3%ADnez-Espinosa-Alejandro.pdf>.
17. Aballay LR. La Obesidad En Córdoba: Estudio De Su Prevalencia E Identificación De Factores De Riesgo. [Online].; 2012 [cited 2018 Abril 23. Available from: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/714/ABALLAY.pdf?sequence=1>.
18. Arellano MT, Beltrán M, Jiménez ET, Troncoso DE. Sobrepeso Y Obesidad, Hábitos Alimenticios, Actividad Física Y Actividades De Ocio En Escolares. [Online].; 2014 [cited 2018 Abril 23. Available from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2659/1/INFORME%20FINAL.pdf>.
19. Ibarra Y. Determinantes Sociales del Sobrepeso y la Obesidad en Colombia. [Online].; 2015 [cited 2018 Abril 23. Available from: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/944/1/proyecto%20informe%20final%20Yorman%20Ibarra%20ok%204.pdf>.
20. Ríos E. Factores familiares asociados a obesidad infantil de UMF 61". [Online].; 2015 [cited 2018 Abril 16. Available from: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/42257/1/RiosGuzmanEnrique.pdf>.
21. Sánchez F, Torres P, Serral G, Valmayor S, Castell C, Ariza C. Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en escolares. *Revista Española de Salud Pública*. 2016; 90.

22. Ramírez A, Sánchez LE, Mejía C, Izaguirre AI, Alvarado C, Flores R, et al. Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad infantil en escuelas públicas y privadas de Tegucigalpa, Honduras. *Revista Chilena de Nutrición*. 2017; 44(2).
23. Aguilar R. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Online].; 2011 [cited 2018 Mayo 06. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/260/TG0116.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
24. Callomamani L. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Online].; 2013 [cited 2018 Junio 18. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/397/TG0252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Percca Y. Factores asociados al sobrepeso y obesidad. [Online].; 2014 [cited 2018 Abril 16. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3875/Percca_py.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Lozada C. Universidad Católica de Santa María. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 18. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3118/60.1313.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. Flórez A. Actividad física y su relación con el sobrepeso y obesidad. [Online].; 2015 [cited 2018 Mayo 06. Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/648/TESIS%20DNI%20N%C2%BA%2001341781.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Goin V, Castañeda C. Factores asociados al Sobrepeso y Obesidad en niños. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 16. Available from: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/413/T061_10337222

_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

29. Nájera G. Saberes y Prácticas de los adolescentes escolares en situación de obesidad. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 23. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5897/TESIS%20DOCTORAL%20GUDELIA%20N%C3%81JERA%20GUTI%C3%89RREZ.pdf?sequence=1>.
30. Romero S, Romero R. Factores De Riesgo Del Sobrepeso En Niños Escolares. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 23. Available from: http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/60/1/T102_46093861_T.pdf.
31. Guanilo J, Verde W. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 23. Available from: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/1007/1/TL_GuaniloBautistaJulioJuanCarlos_VerdeVasquezWinnieYvonne.pdf.pdf.
32. Meiriño J, Vasquez M, Simonetti C, Palacio M. Teorías de Enfermería. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 06. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
33. Fernández M. Bases históricas y teóricas de la Enfermería. [Online]. [cited 2018 Mayo 06. Available from: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528IV%2529.pdf>.
34. Mamani Y, Pinto S, Torpo R. Teoría de Vigotsky. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 06.
35. Gómez R. Segundo censo Latinoamericano de Obesidad. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 07. Available from: <http://www.administracion.usmp.edu.pe/institutoconsumo/wp-content/uploads/LIBRO-II-CONSENSO-LATINOAMERICANO-DE->

OBESIDAD-2017.pdf.

36. Moreno M. Definición y clasificación de la Obesidad. *Revista Médica Clínica de Condes*. 2012; 23(2).
37. Moreno L, Olivera J. Obesidad. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 07. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-obesidad.pdf>.
38. Rodríguez P, Larros A. Desnutrición y Obesidad en Pediatría. [Online]. México: Alfíl, S A.; 2013 [cited 2018 Octubre 10. Available from: <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/10%20Desnutrici%C3%B3n%20y%20obesidad%20en%20pediatr%C3%ADa-Interiores.pdf>.
39. Lewis S, McLean M, Ruff S. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas clínicos. In Lewis S, McLean M, Ruff S. *Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas clínicos*. Génova, España: Elsevier; 2004. p. 1016.
40. Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad infantil. [Online].; 2016 [cited 2018 Octubre 10. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
41. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. *Endocrinología pediátrica : Manual práctico* Sigüero JPL, editor. España: Médica Panamericana S.A; 2013.
42. Tazza R. ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos. *Scielo*. 2006 Julio; 67(3): p. 38 - 40.
43. Lemone P, Burke K. ENFERMERIA MEDICO – QUIRURGICA. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. In Lemone P, Burke K. *ENFERMERIA MEDICO – QUIRURGICA. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. Madrid, España: PEARSON EDUCACI; 2009. p. 631.
44. Ruíz M, Martínez M, Gonzáles P. Enfermería del niño y adolescente. In *Enfermería DAD*, editor. *Enfermería del niño y adolescente*. España: ENFO; 2003. p. 442.

45. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI. Módulo de Obesidad Infantil. [Online]. [cited 2018 Mayo 06. Available from: <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi-obesidad.pdf>.
46. Serrano J. Obesidad infantil y juvenil. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 07. Available from: <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe20142.pdf>.
47. Organización Mundial de la Salud. Curvas de Crecimiento. [Online].; 2007 [cited 2018 Mayo 20. Available from: <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/TABLAS%20Y%20GRAFICOS%20EVAL%20NUTRICIONAL%202012.pdf>.
48. Pinzón E. Obesidad en Pediatría. [Online]. [cited 2018 Mayo 07. Available from: <https://docplayer.es/15683546-Obesidad-en-pediatria.html>.
49. Sociedad Americana de Nutrición. Sobrepeso - Obesidad. [Online]. [cited 2018 Mayo 06. Available from: http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/sobrepeso_obesidad.pdf.
50. Organización mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 06. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
51. Real Academia Española. [Online]. [cited 2018 Mayo 06. Available from: <http://dle.rae.es/?id=QW1nBSu>.
52. Guzmán O, Caballero T. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 06. Available from: <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/164/159>.

53. Hernández R. Metodología de la investigación. Quinta ed. Rocha M, editor. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
54. García F. La Encuesta. [Online]. [cited 2018 Mayo 07. Available from: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/queesunaencuesta.pdf>.
55. García T. El Cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. [Online]. [cited 2018 Mayo 07. Available from: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf.
56. Gómez S. Principios básicos de Bioética. [Online]. [cited 2018 Junio 12. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf.
57. Suárez M. El carácter científico de la investigación. [Online]. [cited 2018 Julio 01. Available from: <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8922/10CapituloXEElcaracterCientificodelainvestigaciontfc.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

ANEXOS
ANEXO N°01

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES O TUTORES DE
LOS ESCOLARES**

Yo, _____, certifico mi aceptación para participar o autorizar la participación de mi menor hijo/a _____, en la investigación titulada

“Factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en niños de una Institución Educativa en La Victoria Chiclayo, 2018”

La finalidad de este trabajo consiste en realizar una conocer sobre los factores socioculturales asociados al sobrepeso - obesidad en los niños de 5to y 6to grado de primaria de la Institución Educativa ya mencionada.

Las actividades que se realizarán son las siguientes:

- Toma de medidas antropométricas: peso, talla.
- Encuestas con un formato sencillo donde se les preguntará a los niños sobre Actividad Física, hábitos alimenticios y nivel socioeconómico.

Entiendo que la participación de mi menor hijo resulta completamente voluntaria, que las respuestas a las preguntas a efectuarse serán confidenciales y que no recibiré ningún dinero por la colaboración con mi menor hijo/a. permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma Padre o Tutor

Firma investigador

ANEXO N° 02

**CUESTIONARIO SOBRE HABITOS DE VIDA, ALIMENTACION Y ACTIVIDAD
FISICA EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD**

Nombre: _____

Grado: _____ **Edad:** _____ **Género:** _____

Por favor marque con un “X” donde crea necesario:

HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. Tomo refrescos o jugos embotellados

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

2. Tomo leches saborizadas: chocolate, fresa, etc.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

3. Como frutas y verduras

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana

- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

4. Como pizzas o hamburguesas

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

5. Como panes o pastelitos

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

6. Como algunas golosinas o frituras como: chicles, caramelos, papas de bolsa, etc.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

7. Cuando tengo sed tomo agua sola

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

8. Si estoy aburrido o triste me da por comer

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

9. Sigo comiendo, aunque ya no tenga hambre, solo por acabarme lo que tengo en el plato.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

10. Como al menos 2 frutas al día.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

11. El lonche que como todos los días lo compro en la escuela o en la calle.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

12. Consumo helados, café o chocolate, preparados con manjar o chispas de chocolate

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes

- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

13. Si tengo hambre entre comidas, como una fruta.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

14. Cuando veo la televisión como golosinas o frituras.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

15. Como al menos 2 verduras al día

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

COSTUMBRES FAMILIARES

16. Desayuno antes de salir de mi casa

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana

- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

17. Hago 5 comidas al día (desayuno, lonche, comida, lonche de media tarde, cena)

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

18. A la hora de comer veo la televisión.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

HÁBITOS DEPORTIVOS

19. Hago actividades físicas y/o deportivas con mi familia

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

20. Juego en el parque, jardín o patio con otros niños

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana

e) Diariamente

21. A la hora de recreo hago algún deporte o actividad física

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

22. Practico algún tipo de actividad física o deportiva además de la que realizo en la escuela los días de Educación Física.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

23. Camino por lo menos 15 minutos por día.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

24. Me paso una buena parte de la mañana o tarde acostado.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

25. Me quedo en casa sentado o acostado, en vez de jugar o hacer deporte o actividad física

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

USO DE LA TECNOLOGÍA

26. Estoy más tiempo en la computadora o videojuegos que jugando fútbol u otro deporte o actividad física.

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

27. Me paso 2 horas o más viendo programas de televisión

- a) Nunca o menos de 1 vez por mes
- b) 1 a 3 veces por mes
- c) 1 o 2 veces por semana
- d) 3 a 6 veces por semana
- e) Diariamente

ANEXO N° 05

ESCALA ADAPTADA PARA LA EVALUACION DEL NIVEL SOCIOECONOMICO

DATOS GENERALES:

Entrevistado:

PADRE

MADRE

Hijo:

GRADO: _____

EDAD: _____

GENERO: _____

1. ¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M=Madre y P=Padre)

Primaria completa/ incompleta

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Superior No Universitario (p.ej. instituto superior, otros)

Estudios universitarios incompletos

Estudios universitarios completos (Bachiller , Titulado)

Postgrado

2. ¿A dónde acude el jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

Posta medica / farmacia /naturista

Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la solidaridad

Seguro social / Hospital FFAA / Hospital de Policía

- Medico particular en consultorio
- Medico particular en clínica privada

3. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- Menos de 750 soles/ mes aproximadamente
- Entre 750 – 1000 soles / mes aproximadamente
- 1001– 1500 soles/ mes aproximadamente
- >1500 soles /mes aproximadamente

4. A. ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

B. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)

5. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

- Tierra / arena
- Cemento sin pulir (falso piso)
- Cemento pulido / Tapizón
- Mayólica /loseta/cerámicos
- Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo