

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LA  
PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS  
DE 9 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA WILLIAM DYER AMPUDIA DE  
PUCALLPA, 2017.**

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

**Bachiller Enf. NADIA NIEVES GARCIA VASQUEZ**

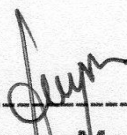
**Bachiller Enf. CHARLES RAÚL GONZALES LIBERATO**

**PUCALLPA / PERÚ.**

**2019**

TESIS APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR

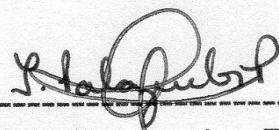
DEDICATORIA



-----  
Dra. Judith Milagros Mayma Alvarado  
**PRESIDENTE**



-----  
Mg. Gaby Luz Panduro Salas  
**MIEMBRO**



-----  
Mg. Yolanda Palazuelos Pezo  
**MIEMBRO**

**REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**AUTORIZACION DE PUBLICACION DE TESIS**

Yo, NDDIO NIEVES GARCIA VASQUEZ, autor de la tesis titulada:

"RELACION ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE EDADES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA WILLIAM DYER AMPUDIO PUCALLPA, 2017."

Sustentada el año: 2018, bajo la tutoría de:

DRD. ELDOLINE TORRES UDEGDS en la facultad:

CIENCIAS DE LA SALUD, escuela profesional de: ENFERMERIA.

**Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el repositorio de tesis de la universidad nacional de Ucayali, bajo los siguientes términos:**

**Primero:** otorgo a la universidad nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen), a través del repositorio de tesis de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido; en el Perú y el extranjero, por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

**Segundo:** Declaro que la tesis es una creación de autor y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

**Tercero:** autorizo que:

1. El copiado parcial.

2. el copiado total

Por lo que en señal de conformidad firmo la autorización.

Fecha: 01 - febrero - 2019

Nombre: NDDIO NIEVES GARCIA VASQUEZ DNI: 71055591

Firma: 

**REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**AUTORIZACION DE PUBLICACION DE TESIS**

Yo, CHARLES EDUARD GONZALEZ LIBERTO, autor de la tesis titulada:

RELACION ENTRE HABITOS ALIMENTARIOS Y LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE EDDO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA WILLIAM DYER AMPUDIA PUCALLPA, 2017 ?

Sustentada el año: 2018, bajo la tutoría de:

DR. ELLDINE TORRES VARGAS en la facultad:

CIENCIAS DE LA SALUD, escuela

profesional de: ENFERMERIA.

**Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el repositorio de tesis de la universidad nacional de Ucayali, bajo los siguientes términos:**

**Primero:** otorgo a la universidad nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen), a través del repositorio de tesis de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido; en el Perú y el extranjero, por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

**Segundo:** Declaro que la tesis es una creación de autor y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

**Tercero:** autorizo que:

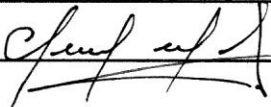
1. El copiado parcial.

2. el copiado total

Por lo que en señal de conformidad firmo la autorización.

Fecha: 01 - febrero - 2019

Nombre: CHARLES EDUARD GONZALEZ LIBERTO DNI: 70691429

Firma: 

## **DEDICATORIA**

El presente está dedicado con mucho cariño a nuestros padres, familiares y maestros, por sus conocimientos transmitidos y apoyo incondicional en estos años de formación.

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	V
INDICE DE CONTENIDO	Vi
INDICE DE TABLAS	Viii
RESUMEN	Ix
ABSTRAC	X
INTRODUCCION	Xi
<b>CAPÍTULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del problema	20
2.2. Planteamiento teórico	27
2.3. Definición de términos básicos	46
2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de las variables	47
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	
3.1. Métodos de investigación	50
3.2. Población y muestra	50
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.4 Procedimiento de recolección de datos	51
3.5 Tratamiento de datos	52

<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1 Resultados y discusión	53
<b>CONCLUSIONES</b>	61
<b>RECOMENDACIONES</b>	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
<b>ANEXOS</b>	68

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017	53
<b>Tabla 2.</b> Hábitos alimentarios de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017	55
<b>Tabla 3.</b> Estado nutricional de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017	57
<b>Tabla 4.</b> Relación entre hábitos alimentarios y prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017	59



## RESUMEN

Estudio desarrollado con el objetivo de establecer la relación entre hábitos alimentarios y la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017. De diseño no experimental, transversal y prospectivo; la población muestral estuvo conformada por 82 niños de nivel primario de la institución educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa. Resultados, del total de niños analizados; 56 (68,3%) de ellos presentan inadecuados hábitos alimentarios; y 26 (31,7%) de ellos presentan adecuados hábitos alimentarios. Así mismo, 57 (69,5%) de ellos califican como normal estado nutricional; 21 (25,6%) califican como sobrepeso y 04 (4,9%) de ellos califican como obesidad. Conclusiones; Más de dos tercios (68,3%) de niños presentan inadecuados hábitos alimentarios y sólo cerca de un tercio (31,7%) presentan adecuados hábitos alimentarios. Respecto al estado nutricional, más de dos tercios (69,5%) presentan un estado normal; cerca de un tercio (25,6%) presentan sobrepeso y una pequeña proporción (4,9%) presentan obesidad. La relación entre las variables se corroboró mediante el estadístico de prueba Chi cuadrada, con un nivel de confianza del 95% y grado de error del 5%, con lo que se obtuvo un valor  $p = 0.049$ , por lo que se aprueba la hipótesis planteada.

**Palabras clave;** Hábito alimentario, obesidad, prevalencia y sobrepeso.

## ABSTRAC

Study developed with the objective of establishing the relationship between eating habits and the prevalence of overweight and obesity in children 9 to 11 years of age at the William Dyer Ampudia Educational Institution of Pucallpa, 2017. Non-experimental, transversal and prospective design; The sample population was made up of 82 primary school children from the William Dyer Ampudia school in Pucallpa. Results, of 100.0% (82) of children; 56 (68.3%) of them have inadequate eating habits; and 26 (31.7%) of them have adequate eating habits. Likewise, 57 (69.5%) of them qualify as normal nutritional status; 21 (25.6%) qualify as overweight and 04 (4.9%) of them qualify as obese. Conclusions More than two thirds (68.3%) of children have inadequate eating habits and thirds (31.7%) have adequate eating habits. Regarding the nutritional status, more than two thirds (69.5%) present a normal state; 25.6% presented overweight and 4.9% presented obesity. The relationship between the variables was corroborated by the Chi square test statistic, with a level of confidence of 95% and degree of error of 5%, with which a value  $p = 0.049$  was obtained, for which the hypothesis is approved.

**Key words;** Eating habit, obesity, prevalence and overweight.

## INTRODUCCIÓN

La Educación primaria contribuye a la formación integral del niño y la niña en el contexto de la acción conjunta y coordinada de las diferentes redes de atención de la comunidad y la familia. Su meta es promover el intercambio de situaciones de aprendizaje y vivencias, que ayuden a afianzar el crecimiento y desarrollo, los hábitos, la personalidad, individualidad y desenvolvimiento social del niño y la niña. En tal sentido, es importante considerar que los hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludables se asimilan e integran a la personalidad durante los primeros años, consolidándose hasta perdurar incluso en la edad adulta; de ahí la importancia de brindar una orientación adecuada y oportuna a los/as docentes, la familia y otros adultos significativos responsables de la atención y cuidado de los niños y las niñas, en cuanto a qué y cómo hacer para promover la enseñanza aprendizaje de hábitos saludables y valorarlos como herramientas que ayudan a proteger y cuidar la salud.

Alimentar de forma saludable a nuestros hijos representa un gran reto porque no siempre contamos con la información adecuada para hacerlo bien y, en ocasiones nos dejamos llevar por hábitos que no necesariamente son correctos.

Mantener una alimentación saludable durante la infancia es uno de los factores más importantes para contribuir a un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños. La adopción de hábitos alimenticios saludables en

los niños ayuda a prevenir el sobrepeso y la obesidad; la desnutrición crónica, el retardo del crecimiento, la anemia, entre otros.

Es en esta etapa, los niños aprenderán los hábitos y las costumbres que predominarán a lo largo de su vida, de ahí la importancia de que adquieran hábitos de alimentación saludables.

Un niño bien alimentado tiene más energía para un mejor desempeño escolar y en la actividad física. Para facilitar la adopción de buenos hábitos de alimentación, es importante considerar: Selección de los alimentos, regular el horario de las comidas, hacer agradable el tiempo de la comida, apoyar al niño para que participe en las comidas familiares, establecer reglas de comportamiento en la mesa, determinar el horario y lugar donde se come, entre otros.

Acostumbrar a que conozcan y consuman alimentos tradicionales de nuestro país como frijoles, papa, yuca, maíz, pescado, etc.

Los niños aprenden por imitación, si los padres no acostumbran consumir verduras, seguramente sus hijos tampoco lo harán.

Servir raciones pequeñas que se puedan terminar, recuerda que un niño no debe consumir las mismas cantidades que los adultos. Si quiere más, permite pedir más.

Ofrecer alimentos sin forzar o condicionar a que los consuma, al hacerlo creará una actitud negativa hacia los alimentos. Dales la libertad de decir que no, pero motívalos a comer de todo.

Es importante que mientras comen exista un ambiente agradable y de convivencia familiar, no permitas que el niño juegue en la mesa o que vea la televisión mientras come.

La mejor manera de que un niño obtenga los nutrimentos que necesita para alcanzar su potencial de crecimiento y desarrollo es, ofreciéndole una amplia variedad de alimentos que le resulten agradables basándonos en el consumo de una dieta variada que incluya alimentos de todos los grupos (cereales, frutas y verduras; alimentos de origen animal y leguminosas).

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### **1.1. Descripción del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. La obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. La obesidad es el enemigo público número uno, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico que agrupa a los países desarrollados. Por su parte, la OMS sostuvo que alcanzó el grado de pandemia (no infecciosa) y que afecta a todos los países. La OMS, define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o en exceso de grasa que perjudica la salud. Precisar alguna de estas condiciones requiere un índice de masa corporal (IMC), que es un indicador de la relación entre el peso y la talla del paciente.<sup>1</sup>

En el año 2013, alrededor de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso a nivel mundial. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.<sup>2</sup>

Algunos datos referidos por Barquera C, y Tolentino M. informan que en niños mexicanos la prevalencia de obesidad fue del 19,5%, en Brasil, en niños de escuelas privadas, la prevalencia de obesidad fue de 30% y en escuelas públicas de 8% y en Chile, según el censo anual de peso y talla escolar la prevalencia de obesidad a escala nacional en el año 2005 fue de 18,5%.<sup>3</sup>

En España, en el 2014, hay un dato especialmente preocupante: uno de cada tres menores de entre 13 y 14 años está por encima de su peso, un dato que la convirtió en el tercero de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor sobrepeso infantil. Es alarmante, porque un niño gordo se convertirá, con toda probabilidad, en un adulto que sufra la obesidad. <sup>4</sup>

El Perú en el año 2012, ostentó el octavo lugar en el ranking mundial de obesidad infantil, según la Organización Panamericana de la Salud y México es el país con el grado más alto de obesidad infantil, con 20% de niños mexicanos obesos. España no se queda atrás con el 17% de obesidad infantil en su población menor de nueve años. En el Perú, el 15% a 18% de niños padece de sobrepeso y obesidad, afectando principalmente a los niños que tienen entre seis y nueve años. Esta situación se agrava con el tiempo porque las familias no estimulan hábitos de vida saludables en los pequeños y corren el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, alto colesterol y reduce la esperanza de vida hasta en diez años.<sup>5</sup>

Al respecto se encontró que un estudio realizado en 4 191 escolares de seis a once años de edad, en siete instituciones educativas de la ciudad

de Lima en el 2009, encontró una prevalencia de sobrepeso de 22% y de obesidad de 7%, con mayor riesgo en los escolares de nivel socioeconómico alto.<sup>6</sup>

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) del Año 2012, muestra que el 36% de las mujeres tienen sobrepeso y 16% tienen obesidad.<sup>7</sup>

Asimismo, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) señala que el sobrepeso y la obesidad están afectando a uno de cada tres hogares pobres del país. Es decir, que si bien, antes era un problema exclusivo de hogares con mayor poder adquisitivo, hoy en día también está penetrando en zonas con menos recursos económicos.<sup>8</sup>

Al respecto, la encuesta Global de Salud Escolar realizada en el año 2012 en el Perú, llevada a cabo en 50 colegios en 16 regiones del país, encontró que el 28.6% de niños prefiere no moverse de su asiento en lugar de hacer deporte. Encontrando que los escolares consideran que el internet y los videojuegos les son más atractivos que la actividad física.<sup>9</sup>

A esta realidad problemática se suma el sedentarismo cada vez más generalizado de las sociedades urbanizadas, que, según las recomendaciones de la OMS, aplicadas por el Ministerio de Salud (MINSA), debe combatirse estimulando en toda la población los ejercicios físicos cotidianos, las caminatas y el uso de bicicletas.<sup>10</sup>

Esta pandemia del sobrepeso y la obesidad se origina tanto por no llevar una adecuada alimentación como por dejar de un lado la actividad física. Como afirma Pajuelo J, Villanueva M y Chávez J. “puede haber un factor hereditario, pero ingerir alimentos con muchos carbohidratos, presentes



en alimentos procesados como panes, panetones, galletas, cereales, golosinas en general y cereales como el arroz, etc., hace que el cuerpo acumule grasas y se origine la obesidad". Sánchez, miembro de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Salud (INS), expresa que: "el sobrepeso es un indicador que, de alguna manera, estamos un poquito pesando más de lo normal; y que la obesidad ya es una patología que debemos de alguna manera controlar. Las consecuencias del sobrepeso y la obesidad serían muy graves económica y socialmente, "Las personas obesas mueren entre ocho y diez años antes que las que tienen un peso normal. Además, cada 15 kilos de más aumenta el riesgo de muerte temprana un 30 por ciento.<sup>10</sup> Frente a este problema surge la preocupación del MINSA por el fomento de una adecuada alimentación, promoviendo y realizando una serie de campañas donde se fomenta la alimentación saludable, entre ellas: "Quioscos Saludables", dirigido a los colegios, "Come rico, come sano, come peruano", donde se brindan opciones para alimentarse correctamente y "Lonchera Saludable", con 30 opciones de refrigerios para escolares de la costa, sierra y selva del país.<sup>11</sup>

Frente a esta realidad problemática descrita se cree conveniente realizar el presente estudio, por lo que se plantea las siguientes interrogantes:

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General:**

¿Cuál es la relación entre hábitos alimentarios y la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años

de edad la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos:**

- ¿Cuáles son los hábitos alimentarios de los niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Establecer la relación entre hábitos alimentarios y la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Determinar las características sociodemográficas de los niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.
- Determinar los hábitos alimentarios de los niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.
- Valorar el estado nutricional de los niños de 9 a 11 años de edad de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes bibliográficos**

##### **2.1.1. Nivel Internacional**

Pino J., López M., Cofre M., González C., Reyes L.<sup>12</sup> (Talca – Chile 2012); desarrollaron el estudio titulado: Conocimientos alimentario - nutricionales y estado nutricional de estudiantes de cuarto año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca. El estudio se desarrolló con el objetivo de Determinar los conocimientos de alimentación de alumnos de cuarto año básico de colegios particulares y particulares subvencionados de la ciudad de Talca. Metodología: Se creó y aplicó un instrumento para medir los conocimientos de hábitos en alimentación para niños en una muestra de 273 escolares. En promedio, el porcentaje de conocimientos que poseen los estudiantes fue de  $61,4 \pm 14,75\%$ . Los alumnos de colegios particulares tuvieron un mejor dominio en conocimientos sobre alimentación ( $p < 0.05$ ). El conocimiento insuficiente podría repercutir en el estado nutricional de los niños. Este tema se debe afrontar desde una perspectiva multifactorial, ya que sólo los conocimientos no son indicador de éxito suficiente en la recuperación nutricional de los niños.

Pallaruelo S.<sup>13</sup> en la tesis titulada: “Prevención y educación en obesidad infantil, Monzón - España 2012”, concluye: que en la actualidad la obesidad se ha convertido en un serio problema de Salud Pública debido a su gran magnitud y tendencia ascendente (siendo la pandemia del siglo XXI), ya que provoca muchas enfermedades y problemas de salud (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, endocrinas, psicológicas, respiratorias, etc.).

Alzate T.<sup>14</sup> realizó un trabajo de investigación titulado: “Estilos educativos parentales y obesidad infantil, Valencia – España 2012. Llegando a la conclusión de que el soporte familiar es fundamental para la prevención y el tratamiento de la obesidad, pero este soporte debe darse inicialmente en la familia, y fundamentalmente en los padres para que orienten de manera adecuada a sus hijos en los aspectos relacionados con la alimentación, la nutrición y la salud. Así mismo los resultados de esta investigación contribuyen a la comprensión de factores que explican las múltiples aristas que tiene la obesidad infantil por descubrir en relación con el efecto de los adultos significativos para niños y niñas en su conducta alimentaria y en los comportamientos conexos, como la actividad física.

Ferrari M. y otros<sup>15</sup>, realizaron el estudio titulado “Patrón alimentario de una comunidad aborigen de la Patagonia argentina 2012”. Los resultados encontrados fueron: La mediana del valor energético total de la dieta por persona y por día fue de 1260 kilocalorías (IC95%: 1056,2- 1747,4). Del

total de proteínas (mediana: 46,1 g), el porcentaje de origen animal fue importante (mediana: 67,2%; IC95%: 45,6- 73,6). Se destaca una ingesta de hierro favorable respecto a otras regiones del país. El consumo de calcio y vitamina C fue extremadamente bajo. Conclusión: En base a trabajos previos, se evidencia un deterioro de la diversificación de la dieta, a pesar de las estrategias que procuran conservar el patrón alimentario propio. En este trabajo se apropiará de la técnica utilizada para recabar datos de hábitos de consumo, como el recordatorio de 24 horas, permitirá tener un espectro más específico en cuanto a cantidad y calidad de alimentos que se consumen en la Comunidad Toba, en las diferentes familias.

Aguirre M, Bucci, A. Lionetto, E., Martínez, C.<sup>16</sup> en el estudio sobrepeso en niños de una comunidad de Formosa – Argentina 2013 para la utilización de datos antropométricos se utilizó el IMC para establecer prevalencia de obesidad, que, a diferencia del caso del presente trabajo será prevalencia de obesidad en escolares. La conclusión a la que se llegó fue que hay niveles importantes de sobrepeso y obesidad, similares a los de niños del centro de la ciudad de Formosa, observándose una prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de la Escuela Nam-qom de la reserva aborígen toba de la ciudad de Formosa, similar a la hallada en los niños control del centro de la misma ciudad, sumando sobrepeso y obesidad.

### **2.1.2. Antecedentes del contexto nacional:**

Romero B.<sup>17</sup> (Iquitos 2015); Hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes adolescentes que asisten al consultorio prenatal del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2015. El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en gestantes adolescentes que asisten al consultorio pre- natal del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos, durante el año 2013; el método empleado fue cuantitativo, porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos a investigar fueron expresados cuantitativamente y se utilizó estadística descriptiva e inferencial prueba no paramétrica Chi – Cuadrada . El tamaño de la muestra estuvo constituido por 108 gestantes adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron 02: el cuestionario sobre hábitos alimentarios y la Ficha de valoración del estado nutricional. Para la validación de los instrumentos se utilizó el método Delphi o juicio de expertos, obteniéndose una validez de 81,8% para el cuestionario y 85,1% para la ficha de valoración del estado nutricional; para la confiabilidad se utilizó el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach, obteniendo 86,4% para el cuestionario y 89% para la lista de verificación. Los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS Versión 20.0 para Windows XP. Para el análisis univariado se empleó la estadística descriptiva para representar los datos expresados en frecuencias: simples y porcentajes. En el análisis bivariado se empleó la estadística inferencial no paramétrica de libre distribución chi-cuadrada( $\chi^2$ ), con un  $\alpha= 0.05$ , como criterio de

significancia. Los resultados obtenidos fueron: 68 (63,0%) gestantes adolescentes practican hábitos alimentarios inadecuados, 40 (37,0%) practican hábitos alimentarios adecuados en cuanto al estado nutricional, 43 (39,8%) presentaron bajo peso, 39 (36,1%) normal y 26 (24,1%) sobrepeso. Para establecer la relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las gestantes adolescentes, se sometieron estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada ( $\chi^2$ ), que determinó que existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional, donde  $\chi^2 = 95,644$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,000$  ( $p < ,05$ ), por lo que se acepta la hipótesis planteada. Estos hallazgos se presentan como una alternativa para ser considerados en la toma de decisiones de las autoridades del sector salud y educación, enfaticen en la promoción de la salud sobre la importancia de una intervención nutricional saludable en este grupo etéreo, y por ende, reducir el riesgo inicial de peso bajo al nacer y los índices de morbi-mortalidad materna en la región y país.

Raymundo L.<sup>18</sup> en el estudio titulado: “Prevalencia de obesidad en niños del valle del Mantaro, Jauja – Perú - 2014” llegó a la conclusión de que la prevalencia de obesidad fue alta, en un 28,9%; de ellos tenían un peso alto según la relación talla/edad en 21,6% de los niños y 34,3% de los niños. Respecto a la relación peso/talla, el 16,7% de los niños y el 11,1% de los niños presentaron sobrepeso. Las características socio alimenticias y nutricionales de esta población muestran un exceso de alimentación



derivados de carbohidratos (torta, pasteles, etc.) y alimentos contenidos a base grasa y frituras.

Sánchez M.<sup>19</sup> en su estudio titulado “Factores socioculturales y económicos que conllevan a la mala alimentación en estudiantes de educación secundaria. “María Auxiliadora” Puente Piedra – Lima, 2013” Concluye: Los factores sociales que presentan los estudiantes entre ambos sexos afirmaron que influyeron para la mala alimentación por el desconocimiento de la preparación de alimentos de parte de las madres de familia (42.2%). De los cuales, un 89.9% afirmaron que los factores económicos han sido, el que han influido a la mala alimentación, brindando un resultado negativo para su rendimiento académico.

Huamán L. y Valladares C.<sup>20</sup> en el estudio “Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna, Amazonas, Perú – 2011”, con el objetivo de identificar el estado nutricional y frecuencia del consumo alimentario de los niños menores de tres años y mujeres en edad fértil (MEF) de la población aguaruna del departamento de Amazonas, Perú 2011. Los resultados encontrados fueron que el 89% de las MEF presentaron un IMC ideal, sin embargo, la talla promedio de la mujer aguaruna fue de 148 cm. La población de estudio estuvo conformada por 4572 mujeres en edad fértil (MEF), entre 15 y 49 años de edad. El estado nutricional de mujeres en edad fértil, se determinó usando el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet (P/T<sup>2</sup>). Los puntos de corte que se usaron fueron los recomendados por

la OMS que define un IMC < 18,5 como bajo peso, entre 18,5 y 24,9 como normal, entre 25 y 29,9 como sobrepeso, y de 30 a más como obesidad. Según el Índice de Masa Corporal (kg/m<sup>2</sup>), 89% de las mujeres en edad fértil aguarunas se encontraban con un estado nutricional normal, 6,8% con sobrepeso y obesidad y en el otro extremo 4,4% con bajo peso. La presencia de desnutrición en MEF no estuvo asociada de manera estadísticamente significativa con el distrito de residencia ni con los grupos de edad ( $p>0,05$ ). Las conclusiones del estudio fueron que la evaluación nutricional indica una deficiencia de hierro expresada en anemia afecta a la mitad de las MEF (Mujeres en edad fértil). Esta situación podría atribuirse, entre otras causas al consumo de una dieta basada principalmente en yuca y plátanos con escasa presencia de alimentos de origen animal. A partir de la revisión de este estudio, se apropió de características del tipo de estudio, análisis de frecuencia de consumo de alimentos y valoración del estado nutricional por índice de masa corporal.

Suarez M.<sup>21</sup> en la investigación titulada “Obesidad y su relación con factores nutricionales en niños escolares, Callao – 2008”. Llegando a la conclusión de que la frecuencia de sobrepeso en niños escolares de la muestra estudiada fue mayor a la reportada para la población infantil, con elevada proporción de obesidad. El sexo masculino fue el más afectado; sin embargo, no mostró diferencias significativas con el otro sexo (femenino) predominando el grupo etáreo de 6 – 8 años. El Alto

porcentaje obtenido fue los factores asociados al consumo de alimentos a base de grasa y carbohidratos.

### **2.1.3. Antecedentes del contexto Local:**

Luego de indagar en las bibliotecas de las instituciones académicas de la ciudad de Pucallpa, se concluye que no hay antecedentes de la variable en estudio en los últimos 5 años.

## **2.2. Planteamiento teórico.**

### **2.2.1. Hábitos alimentarios.**

#### **Definición de los Hábitos alimentarios.**

Los hábitos alimentarios son la expresión de las creencias y tradiciones alimentarias de una población y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad de alimentos.

Los factores que los condicionan son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático. Las tradiciones y los mitos son determinantes de estos hábitos, e intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos y juegan un importante papel en la preparación, distribución y servicio de alimentos. *Contreras, J. 1993.*<sup>22</sup>

#### **Consumo de alimentos por porciones recomendadas**

En las últimas tres décadas las porciones de alimentos se han incrementado notablemente, ofreciéndonos así una misma comida de mayor tamaño que, por lo tanto, nos ofrece más calorías y más nutrientes. Ésta es uno de los tantos factores dietéticos que contribuyeron al desarrollo de enfermedades como la obesidad, diabetes y otras, por eso,

controlar las porciones y limitar la cantidad de alimento que consumimos es fundamental si queremos llevar una dieta equilibrada que repercuta positivamente en la salud.

De allí la relevancia de conocer el tamaño de las porciones de los distintos grupos de alimentos y de controlar su ingesta para no propiciar excesos en la dieta ni tampoco, carencias.

Básicamente podemos decir que una porción o ración es la cantidad que debería ser consumida de un alimento en una sola ingesta, en personas sanas, mayores de 3 años. Claro está que una persona con enfermedad puede necesitar una cantidad menor y una persona con elevado gasto calórico puede necesitar una mayor cantidad. Por ello, en lugar de cambiar el tamaño de la porción, asignamos en su dieta 2 o más raciones de acuerdo a las necesidades:

Porciones de carne consumidas al día

Porciones de lácteos consumidos al día

Porciones de menestras consumidas a la semana

Porciones de frutas y verduras consumidas al día

Porciones de cereales y tubérculos consumidos al día

Porciones de aceite de oliva o soja consumidas al día

Vasos de agua consumidos al día

Consumo de frituras y/o snacks por día. <sup>23</sup>

## **Tiempos de comida.**

Denominada también el número de comidas que consume al día, entre ellos destacan:

**Desayuno**, se denomina desayuno a la primera comida del día en la vida cotidiana de cualquier persona. El desayuno es el primer consumo de energías que una persona realiza luego de pasar varias horas sin comer (es decir, luego del momento de dormir). El desayuno es considerado por esta misma razón como el momento de mayor importancia en lo que respecta a la alimentación diaria de cada sujeto ya que representa la conclusión del período de relajación y del comienzo de las nuevas actividades.

Por tanto, el momento de desayuno, o de salir del ayuno. Como supuestamente la persona necesita en las primeras horas del día una buena ingesta de energía, el desayuno suele ser bastante importante. Muchos especialistas recomiendan hacer del desayuno una comida variada, rica en proteínas, carbohidratos y otros nutrientes esenciales para el correcto funcionamiento diario.<sup>25</sup>

**Almuerzo**, es el alimento que se toma después del desayuno. Según la Real Academia Española tiene el significado de:

- Comida que se toma por la mañana: En algunas zonas el almuerzo es lo que se come entre el desayuno y la comida de mediodía, generalmente entre las 9 y las 11 de la mañana. <sup>24</sup>
- Comida del mediodía o primeras horas de la tarde: En otras zonas se le llama almuerzo a la comida servida generalmente al mediodía (entre las 12<sup>h</sup> y las 15<sup>h</sup>), bien en casa o

en restaurantes, cafeterías o pubs. La cantidad y composición del almuerzo depende en gran medida de las costumbres generales de la población, de las tradiciones culinarias del país o etnia, del clima, etc. Dependen también del lugar y ocasión en el tiempo: existen los almuerzos de oficina, colegio, familiares, de negocio.

- **Cena**, se conoce como cena a la última comida del día dentro de la alimentación cotidiana de una persona. La cena representa el cierre del ciclo alimenticio y es la preparación para el período de ayuno que tiene lugar en las horas de sueño, hasta el próximo alimento (el desayuno). Aunque esto varía de acuerdo a los intereses de cada individuo, la cena suele ser quizás el momento más frugal de toda la alimentación diaria y esto tiene que ver con la necesidad que tiene el individuo de acceder a un proceso de fácil digestión que no interrumpa o perturbe su sueño reparador.

La cena puede constar de diferentes partes, siendo siempre la entrada la primera de ellas. El plato principal es el centro de toda cena, mientras que el postre es el cierre de la misma. Esto no quiere decir que todas estas etapas estén presentes siempre, ya que muchos individuos cenar directamente el plato principal mientras que otros no consumen postre. Por lo general, la cena suele seguirse con una sobremesa más relajada y tranquila en la que se genera un cómodo espacio de charla.<sup>25</sup>

### **Consumo de inhibidores**

El abuso de bebidas inhibidoras, como el café, té y bebidas carbonatadas perjudica seriamente la salud.

Las llamadas bebidas carbonatadas o con gas tienen tal éxito en especial las que contienen cola que por sorprendente que pueda parecer son los únicos líquidos que ingieren a lo largo del día millones de niños y adolescentes de todo el mundo. Y eso a pesar de que desde hace años un número cada vez mayor de expertos se atreven a desafiar a la todopoderosa industria advirtiéndole a los consumidores de que los populares refrescos con burbujas no son inofensivos. De hecho, numerosos estudios han logrado demostrar que la obesidad infantil, la descalcificación de los huesos y la aparición de caries en la primera dentición, así como afecciones cardiovasculares, problemas de memoria y trastornos musculares son algunas de las patologías cuyo desarrollo es favorecido por el consumo de tales bebidas.

Y es que, una gaseosa no es más que agua, anhídrido carbónico, azúcares o edulcorantes artificiales, agentes aromáticos y otros aditivos como la cafeína, el ácido fosfórico o el glutamato monosódico (potenciador del sabor). Es decir, no aportan beneficio nutricional alguno a quien los consume pues no contienen vitaminas, ni minerales, ni proteínas ni ningún otro nutriente a excepción de la sacarosa o azúcar blanca, responsable en buena medida de sus nocivas consecuencias para la salud. <sup>26</sup>

### **Adición de sal a sus preparaciones servidas**

No es necesario agregar más sal a la comida, la sal de mesa se compone de sodio y cloruro, dos químicos que son esenciales para la salud, pero solo en cantidades muy pequeñas. El sodio y el cloruro se encuentran de

manera natural en muchos alimentos y no es necesario agregarlos a los alimentos preparados.

Una dieta balanceada, basada en los lineamientos alimentarios contiene más que suficiente sodio para satisfacer nuestro requerimiento diario.

Los estadounidenses en promedio comen aproximadamente de 1 a 3 cucharaditas de sal al día (lo que suma entre 2.300 y 6.900 mg de sal). El requerimiento diario de sodio promedio es mucho menor, desde 1.200 g para niños de 4 a 8 años de edad hasta 1.500 g para niños de 9 a 18 años de edad. Estas cantidades suman aproximadamente la mitad de una cucharadita de sal al día. <sup>26</sup>

## **Prevalencia**

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto, podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

- a) Prevalencia puntual:** cuantas personas de un grupo definido están enfermas en un determinado momento.  
Ejemplo hipotético: 1% de los empleados están esta semana enfermos.
- b) Prevalencia de periodo:** la proporción de personas que están o estarán enfermas en algún momento.



Ejemplo hipotético: 10% de los habitantes de este pueblo tendrá cáncer en algún momento durante su vida. <sup>27</sup>

La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública. <sup>27</sup>

### **Características de la prevalencia.**

- Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
- Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
- La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.

- En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
- La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado. Podría considerarse como una tasa que cuantifica las personas que enfermarán en un periodo de tiempo. -
  - La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Es decir, que con la prevalencia puede saberse en un determinado momento cuantos enfermos hay. Una enfermedad de larga duración que se extiende ampliamente en una comunidad en 2002 tendrá una alta prevalencia en 2003 (asumiendo como duración larga un año o más), pero puede tener, sin embargo, una tasa de incidencia baja en 2003. Por el contrario, una enfermedad que se transmite fácilmente pero de duración corta, puede tener una baja prevalencia y una alta incidencia. La prevalencia es un parámetro útil cuando se trata de infecciones de larga duración, como por ejemplo el SIDA, pero la incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración, como por ejemplo la varicela.<sup>27</sup>
- La prevalencia de una enfermedad en una población determinada influye en la eficacia real de una prueba para diagnosticar dicha enfermedad en esa población concreta. Se trata de un parámetro que, junto con los valores de sensibilidad y especificidad intrínsecos a esa prueba, permite obtener aplicando el teorema de

Bayes los valores predictivos positivo y negativo, que son probabilidades de que la enfermedad esté realmente presente o no si el resultado de la prueba es positivo o negativo, respectivamente. En definitiva, se trata de que esas probabilidades de acierto por parte del test serán mayores en función no solo de la muestra sobre la que se realiza el estudio, sino también de la población de la que procede. Por ejemplo, si tratamos de detectar una enfermedad muy rara (con baja prevalencia) en una población A con una prueba de diagnóstico, la cantidad de falsos positivos que vamos a obtener va a ser mayor con respecto a los falsos positivos que obtendríamos usando esa misma prueba en otra población B donde la enfermedad es mucho más abundante (alta prevalencia), lo cual equivale a decir que en la población A la probabilidad de que una persona esté realmente enferma si la prueba da positivo es menor que en la población B.<sup>28</sup>

### **2.2.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad:**

#### **Teorías sobre la causalidad de la obesidad infantil.**

La obesidad por ser un trastorno multifactorial tiene implicados en su etiología aspectos genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, aunque la rapidez con la que se está incrementando su prevalencia parece estar más relacionada con factores ambientales. (Cole G, Bellizzi T, Flegal L, y Dietz J, 2000).

Lo que parece cierto es que para desarrollar la obesidad se requiere de un efecto combinado entre predisposición genética a este trastorno y la

exposición a condiciones medioambientales adversas, principalmente para el niño y la niña, como hábitos dietéticos relacionados con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural, así como el sedentarismo por dedicación excesiva de tiempo a los videojuegos, a la televisión y al computador, hábitos alimentarios inadecuados, destete temprano del lactante, consumo de más de un litro de leche al día, así como ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido e ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples, entre otros. (Castillo J. y Romo L., 2006; Durá T. y Sánchez V. 2005; Ebbeling P., Pawlak T., y Ludwig L., 2002) En suma, por el incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años, la explicación más plausible se relaciona con los factores ambientales al existir una clara epidemia de inactividad física. (Ebbeling T. y otros 2002)

Buscando encontrar las claves de la génesis del problema de obesidad infantil y juvenil se han desarrollado múltiples teorías, fundamentalmente en las últimas tres décadas. De algunas que mayor resonancia en el campo científico han tenido, se presenta una síntesis. <sup>29</sup>

### **Modelo Conductual**

Se fundamenta desde la psicología, (Wolpe, 1973) en la aplicación de los principios psicológicos, establecidos experimentalmente, a la superación de los hábitos no adaptativos; los principios psicológicos son especialmente derivados del aprendizaje para tratar la conducta humana desadaptada (Rimm y Masters, 1974)

El modelo conductual se basa en teorías y hallazgos empíricos derivados de la psicología con el fin de explicar y modificar conductas desadaptadas con base en un método experimental, de contrastación empírica, con énfasis en el contexto, pues las conductas solas no son adaptadas o desadaptadas. Entre sus antecedentes se encuentra la reflexología rusa de Pavlov desde principios del siglo XX con el condicionamiento clásico y Thorndike con la ley empírica del refuerzo; Skinner con el condicionamiento operante o modelo de análisis de la conducta aplicada, con énfasis en la conducta observada, presentando leyes para explicar las conductas operantes instrumentales. Posteriormente Bandura con los principios de la terapia de conducta, bajo el concepto de aprendizaje observacional, y Kanfer y Philips con los principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento cuyo énfasis se centró en las técnicas de autocontrol. (Windholtz, 1990)

Fue el primer modelo en explicar la obesidad. Según este modelo, la conducta de cada individuo está determinada por los antecedentes, lo que ocurrió antes y las consecuencias a partir de esa conducta, es decir, la probabilidad de que la haya después. Un caso típico es la asociación entre ver un alimento apetitoso –estímulo antecedente- y comerlo es una conducta que, dependiendo de cómo perciba y se sienta –por el sabor, el color, la textura, entre otros-, puede aumentar o disminuir la probabilidad de la conducta, en otras palabras, la conducta de ver ese estímulo y comerlo queda reforzado si el alimento tiene sabor agradable. Este modelo medía estímulos exclusivamente y las respuestas ante ellos, pero no se comprendieron los mecanismos de ciertas respuestas. El principal

objetivo de este modelo es analizar en qué medida los cambios que se producen en los individuos que han participado en programas dirigidos a la modificación de hábitos se relacionan, a corto y largo plazo, con los cambios habidos en las variables estudiadas –actividad física y alimentación respecto del IMC-. (Berrocal, Luciano, Zaldívar, & Esteve, 2003)

Lo anterior ha llevado a concluir que si los cambios alimentarios y de actividad son responsables, en gran medida, de la reducción del tejido adiposo, la falta de eficacia de muchos tratamientos puede ser debida a limitaciones intrínsecas a la propia intervención, que hacen que el cambio de comportamiento no se produzca, esto es, a los aspectos concretos que se incluyan y a la forma en que se aplican las intervenciones para individuos que se mueven en un marco social que continuamente modela y moldea los comportamientos. A modo de ejemplo, mientras se insiste en que se mantenga un peso ideal –por estética o por salud- se promueve a la vez, una sociedad sedentaria y alimentariamente consumista, lo cual ha servido, según Baile, Guillen y Garrido (2002) para advertir que el énfasis desmedido en las explicaciones y tratamientos biológicos están sirviendo para ocultar la responsabilidad socio-cultural en el desarrollo y mantenimiento de la problemática del peso corporal. <sup>30</sup>

### **Modelo Cognitivo-Conductual**

Este modelo recoge una serie de teorías que explican el comportamiento humano y en el caso de la obesidad, encuentra que la tendencia a la

cronicidad de la obesidad se debe al desconocimiento de los principios del comportamiento humano.

Este modelo entró a suplir las deficiencias del anterior. En él, los estímulos informan, pero no causan la conducta. La mente es activa y toma información del medio y la transforma, o sea, construye la realidad. Desde este modelo se considera que la conducta desadaptada es una consecuencia de una disfunción en los procesos cognitivos, en la interpretación de la realidad, y por ello hay que eliminar y reestructurar creencias y pensamientos irracionales o negativos que alejan los objetivos propuestos. (Jiménez M, Esparza B, Viñuelas, Alcubierre, García G, & Pallás, 2008).

Adicionalmente, este modelo incluye entre los factores implicados en la obesidad, estímulos antecedentes a la conducta de ingesta excesiva – como ver la comida, ver los alimentos prohibidos, haber sido demasiado estrictos llevando una dieta, entre otros- pero hay variables de la persona como factores de vulnerabilidad personal, expectativas en relación con un tratamiento, estados ansioso-depresivos, además hay pensamientos irracionales y/o negativos que interfieren con el objetivo. <sup>30</sup>

### **Contexto de los determinantes de la salud.**

Un aspecto característico de la epidemiología social es que se distingue por su insistencia en investigar los determinantes sociales de la distribución poblacional de la salud, la enfermedad y el bienestar, más que tratar a tales determinantes como un simple marco para los fenómenos biomédicos” (Krieger, N. 2001).

Desde la antigüedad con Hipócrates 460-370 AC y con Galeno en el siglo II se plantearon elementos de enfoque social de la salud al hablar de que las condiciones de vida y de trabajo influían en la salud de la población, pero fue más claramente, en 1779 con J.P. Frank, en 1848 con Guerin, y posteriormente en 1912 con Grotjam, que se llegó a la noción del condicionamiento de la salud debido a factores sociales, a las relaciones entre la morbilidad de las poblaciones y las condiciones de vida de las comunidades, hecho que se concretó de manera más clara y sostenida con los promotores del movimiento de la medicina social y la epidemiología crítica, quienes plantearon una visión más integral sobre los determinantes de la salud, (San Martín, Carrasco, Yuste, Breihl, Pastor & Granda, 1986; Dahm, Geissler, Huttner & Klemm, 1990; Breihl, 1995) y posteriormente investigadores sociales como Levi-Strauss, Malinowsky y Durkheim demostraron la influencia de los factores socioculturales en las relaciones familiares y en determinados problemas de salud (Ochoa de Alda, 1995). La OMS en 1990, con motivo de la estrategia de salud para todos en el año 2000, propuso 80 indicadores relacionados con los factores sociales, económicos y culturales que describían la situación de salud de la población, de los cuales solo 7 indicaban el nivel y calidad de vida de la familia, para un peso porcentual de 8,7% (Ortíz, Martínez, & Gómez, 1997).

Pérez L., retoma la concepción del análisis de la determinación de la salud y plantea que la resultante es la interacción de los tres niveles mediante concatenaciones entre la realidad y el papel de la psiquis del individuo, siendo un primer nivel, la determinación de la formación



socioeconómica, un segundo nivel, las condiciones de vida de los grupos en los cuales está inserto el individuo, y un tercer nivel en el cual interviene directamente el propio individuo, esto es, su regulación psicológica, su comportamiento, sus creencias y conocimientos, y reitera que estos niveles interactúan entre sí pero cada uno expresa la relación del sujeto con su ambiente social, económico y cultural. (OPS, 1996) <sup>30</sup>

### **Sobrepeso**

El sobrepeso es el aumento del peso corporal, por encima de un patrón dado en relación con la talla, sin embargo un exceso de peso, no siempre indica un exceso de grasa, ya que puede ser resultado de exceso de masa ósea, músculo o fluidos.

El sobrepeso es una patología en la cual hay un incremento excesivo de la grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Es producido por un desequilibrio energético, con un balance positivo entre las calorías consumidas en la dieta y el gasto energético total.

Se ha descrito tres periodos críticos para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad: el primero es el periodo prenatal, el segundo es en la infancia de los 5 a los 7 años, etapa en la cual se produce el “rebote adiposo”, que es un incremento marcado del tejido adiposo corporal y el tercer periodo es en la adolescencia, especialmente en las mujeres.

Existen diferentes métodos para el diagnóstico del sobrepeso utilizados internacionalmente como son la medición de los pliegues cutáneos con la ayuda de un calibre de presión constante y el índice de masa corporal que

constituye la medida poblacional más útil para el tamizaje de sobrepeso y obesidad.<sup>31</sup>

## **Obesidad**

La obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un incremento anormal de peso, debido a una proporción excesiva de grasa, resultado de la pérdida de balance entre el consumo y el gasto de energía. Uno de los factores en la actualidad, es el cambio en el estilo de vida, como son las comidas rápidas hipocalóricas, ricas en azúcares, grasas (principalmente saturadas) bajas en fibra; asociado a la inactividad física, sobre un fondo genético.

La obesidad infantil, no está tan bien definida como en el adulto, porque la composición corporal y la grasa corporal, va cambiando como parte del crecimiento normal del niño. La obesidad como exceso de grasa corporal es un desorden metabólico y nutricional común, que frecuentemente se define como una enfermedad crónica de origen multifactorial donde intervienen factores genéticos, conductuales.<sup>31</sup>

La obesidad se puede clasificar con base a diferentes parámetros. Algunos de ellos son:

Según Sande & Mahan (2001), la obesidad puede ser clasificada, atendiendo a su origen, como exógena o endógena. Los autores consideran que la obesidad exógena es causada por una ingestión calórica excesiva a través de la dieta, mientras que, la endógena, se produce por disturbios hormonales y metabólicos.

De acuerdo con aspectos fisiológicos: Bjorntorp & Sjostrom (2002), clasificaron la obesidad en: hiperplásica e hipertrófica. La hiperplásica se caracteriza por el aumento del número de células adiposas, mientras que la hipertrófica por el aumento del volumen de los adipocitos.

En cuanto a los aspectos etiológicos, la obesidad se puede clasificar en primaria y secundaria. La primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético. La secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de grasa corporal.

En la comunidad científica, se acepta una clasificación de la obesidad en 4 categorías atendiendo a criterios relacionados con la distribución de los depósitos de grasa:

**Obesidad tipo I:** Caracterizada por el exceso de grasa corporal total sin que se produzca una concentración específica de tejido adiposo, en alguna región corporal.

**Obesidad tipo II:** Caracterizada por el exceso de grasa subcutánea en la región abdominal y del tronco (androide). La obesidad tipo II tiene mayor incidencia en varones, y suele asociarse con altos niveles de colesterol tipo LDL. Esta situación aumenta el riesgo de aparición de alteraciones cardiovasculares y otras enfermedades asociadas.

**Obesidad tipo III:** Caracterizada por el exceso de grasa víscero-abdominal.

**Obesidad tipo IV:** Caracterizada por el exceso de grasa glúteo-femoral (ginóide). La obesidad tipo IV es más común en mujeres, resultando

fundamental atender a situaciones críticas en las que se producen cambios determinantes en el organismo, como el ciclo reproductivo o embarazos repetidos, ya que dichas situaciones pueden favorecer un acumulo substancial de grasa en estos depósitos.

La obesidad en niños en su mayoría, es la consecuencia de una ingestión energética excesiva y/o un gasto energético reducido. Por ello, en la niñez se pueden considerar dos grandes formas de obesidad: Obesidad nutricional, exógena o simple y Obesidad orgánica, mórbida, intrínseca o endógena.

La obesidad exógena se asocia con la talla alta, edad ósea normal o aumentada, menarquía precoz y frecuentemente con la historia de la obesidad familiar, corresponde a más del 95% de los casos.

La obesidad endógena es causada por alteraciones metabólicas o endocrinas. Se asocia con talla baja, retraso de la edad ósea y retraso en la aparición de características sexuales secundarias. Corresponde a menos del 5% de los casos". "La obesidad mórbida es la de más alto riesgo a cualquier edad, y en el adolescente se ha asociado como causa de muerte súbita.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.<sup>31</sup>

### **Datos sobre el sobrepeso y la obesidad.**

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

A continuación, se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2012:

18 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso.

De esta cifra, más de 300 millones de hombres y cerca de 380 millones de mujeres eran obesos.

En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.

En el 2012, alrededor de 70 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).<sup>31</sup>

### 2.3. Definición de términos básicos

- **Hábitos alimentarios:**

Se refiere a llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

- **Obesidad.**

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida.

- **Prevalencia.**

Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo").

- **Sobrepeso.**

El sobrepeso es el aumento de peso corporal por encima de un patrón dado. Para evaluar si una persona presenta sobrepeso, los expertos emplean una fórmula llamada índice de masa corporal (IMC), que calcula el nivel de grasa corporal en relación con el peso, estatura y talla.

## **2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de las variables**

### **2.4.1. Hipótesis:**

#### **Hi.**

Existe relación significativa entre hábitos alimentarios y la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

#### **Ho.**

No existe relación significativa entre hábitos alimentarios y la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

### **2.4.2. Variables:**

#### **Variable X: Hábitos alimentarios.**

##### **Definición conceptual.**

Conjunto de alimentos que consumen los niños de manera frecuente.

#### **Variable Y: Prevalencia de sobrepeso y obesidad.**

##### **Definición conceptual.**

Número de niños identificados con sobrepeso y obesidad.

## Operacionalización de variables:

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
Hábitos Alimentarios	Consumo de alimentos por porciones recomendadas	Categórica	<p><b>Carnes:</b> Adecuado.- Igual a 2 porciones. - Inadecuado.- Menor a 2 porciones.</p> <p><b>Lácteos:</b> Adecuado.- Igual a 3 porciones. - Inadecuado.- Menor a 3 porciones.</p> <p><b>Menestras: Adecuado.-</b> Igual a 3 porciones. - Inadecuado.- Menor a 3 porciones</p> <p><b>Frutas y verduras:</b> <b>Adecuado.-</b>Igual a 5 porciones. - Inadecuado.- Menor a 5 porciones.</p> <p><b>Cereales y tubérculos :</b> Adecuado.- Igual a 6 porciones. - Inadecuado.- Menor a 6 porciones.</p> <p><b>Aceite de oliva o soja :</b> Adecuado.- Si consume. - Inadecuado.- No consume.</p> <p><b>Vasos de agua :</b> Adecuado.-Igual o mayor a 8 vasos. - Inadecuado.- Menor a 8 vasos.</p> <p><b>Frituras y/o snacks :</b> - Adecuado.-No consume. - Inadecuado.- Si consume</p>	Categórico / Nominal
	Tiempos de comida	Categórica	-Adecuado.- Igual a 4 veces. -Inadecuado.- Menor a 4 veces.	
	Consumo de inhibidores	Categórica	-Adecuado.- No consume. -Inadecuado.-Si consume.	
	Adición de sal a sus preparaciones servidas	Categórica	-Adecuado.- No adiciona. -Inadecuado.-Si adiciona.	



Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
Prevalencia de sobrepeso y obesidad	Normal	Categoría	Clasificación según IMC: 9 años. = 13.1–18.3 9 años con 6 meses = 13.3–18.7 10 años = 13.5–19.0 10 años con 6 meses = 13.7–19.4 11 años = 13.9–19.9	Categorico / Nominal
	Sobrepeso		Clasificación según IMC: 9 años. = 18.4–21.5 9 años con 6 meses = 18.8–22.0 10 años = 19.1–22.6 10 años con 6 meses = 19.5–23.1 11 años = 20.0–23.7	
	Obesidad		Clasificación según IMC: 9 años. = 21.6 o más 9 años con 6 meses = 22.1 o más 10 años = 22.7 o más 10 años con 6 meses = 23.2 o más 11 años = 23.8 o más	

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Métodos de la investigación.**

Para el desarrollo del trabajo de investigación se utilizó un diseño no experimental, porque las variables se estudiaron en su contexto natural sin manipulación de los investigadores; de tipo descriptivo correlacional, ya que primero se observó las variables de manera individual, para luego describir los hallazgos en tablas de frecuencia y establecer la relación estadística que existe entre las variables.

Transversal, porque la recolección de los datos se realizó en un solo momento.

Prospectivo, porque los datos se generaron luego de iniciado el estudio.

#### **3.2. Población y muestra**

##### **Población**

La población estuvo conformada por los niños entre 9 a 11 años de edad que corresponden al 4°, 5° y 6° de nivel primario de la institución educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa matriculados durante el año lectivo 2017, haciendo un total de 82 niños.

##### **Muestra**

Para una mayor precisión en los resultados se estudiaron al total de los niños, haciendo un total de 82 niños.

##### **Criterios de inclusión:**

\_Niños matriculados durante el año lectivo 2017

\_Participación voluntaria en el presente estudio de investigación.

**Criterios de exclusión:**

Niños trasladados o que abandonaron los estudios

**3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Técnica; se empleó la técnica de la encuesta.

Instrumentos; para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario; sobre hábitos alimentarios; el cual consta de 17 preguntas con respuestas múltiples, y considera las 4 dimensiones de la variable hábitos alimentarios. Tuvo una aplicación promedio de 20 minutos.

Ficha de registro; sobre datos de peso, talla e IMC.

**3.4. Procedimiento de recolección de datos**

Mediante un documento, se solicitó la autorización dirigida al Director de la institución educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa.

Se coordinó con los auxiliares, con la finalidad de identificar los niños quienes fueron elementos de la muestra y obtener su consentimiento informado. Posteriormente se encuestó a los niños en las fechas programadas.

La aplicación del cuestionario y registro de datos tuvo una duración de aproximadamente 20 minutos por niños.

### **3.5. Tratamiento de datos**

Una vez recolectados los datos se vaciaron a la base de datos, utilizando la estadística descriptiva de forma absoluta.

El procesamiento de datos se realizó a través del programa estadístico Excel y SPSS versión 23.

Procesamiento de datos.

Para el análisis de los datos, se elaboró tablas de frecuencia y gráficos estadísticos.

Para la comprobación de la hipótesis se eligió el estadístico de prueba Chi cuadrado, por ser ambas variables de tipo categórico y de escala de medición de tipo nominal.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Género</b>		
Femenino	33	40,2
Masculino	49	59,8
Total	82	100.0
<b>Procedencia</b>		
Pucallpa	52	63,4
Otra provincia	26	31,7
Otra región	04	4,9
Total	82	100,0
<b>Grado de estudios</b>		
Cuarto grado	32	39,0
Quinto grado	26	31,7
Sexto grado	24	29,3
Total	82	100,0

**Fente:** Cuestionario aplicado a los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

En la Tabla 1, más de la mitad, específicamente el 59,8% (49) son del género masculino; así mismo, el 40,2% (33) son del género femenino. En cuanto a la procedencia, del 100.0% (82) de niños; la mayoría procede de la ciudad de Pucallpa el cual representa el 63,4% (52); así mismo el 31.7% (26) de ellos proceden de otra provincia; y 4.9% (04) proceden de

otra región. Respecto al grado de estudios, del 100.0% (82) de niños; 39.0% (32) de ellos cursan el cuarto grado; así mismo el 31.7% (26) de ellos cursan el quinto grado; y el 29.3% (24) de ellos cursan el sexto grado.

Resultado similar a lo publicado por Pino J., López M., Cofre M., González C., Reyes L.<sup>15</sup> (Talca – Chile 2012); en el estudio titulado: Conocimientos alimentario -nutricionales y estado nutricional de estudiantes de cuarto año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca, quienes evaluaron los hábitos en alimentación para niños en una muestra de 273 escolares, e indicaron que el 65% de los elementos analizados fueron del género masculino.

**Tabla 2.** Hábitos alimentarios de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017

Hábitos alimentarios	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	26	31,7
Inadecuado	56	68,3
Total	82	100.0

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

En la Tabla 2, el 68,3% (56) de ellos presentan inadecuados hábitos alimentarios; y el 31,7% (26) de ellos presentan adecuados hábitos alimentarios.

Resultados similares a lo publicado por Romero B.; (Iquitos 2015), en el estudio titulado: Hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes que asisten al Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2015; el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en adolescentes que asisten al Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos, durante el año 2013; el método empleado fue cuantitativo, porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos a investigar fueron expresados cuantitativamente y se utilizó estadística descriptiva e inferencial prueba no paramétrica Chi – Cuadrada . El tamaño de la muestra estuvo constituido por 108 adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron 02: el cuestionario sobre hábitos alimentarios y la Ficha

de valoración del estado nutricional. Para la validación de los instrumentos se utilizó el método Delphi o juicio de expertos, obteniéndose una validez de 81,8% para el cuestionario y 85,1% para la ficha de valoración del estado nutricional; para la confiabilidad se utilizó el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach, obteniendo 86,4% para el cuestionario y 89% para la lista de verificación. Los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS Versión 20.0 para Windows XP. Para el análisis univariado se empleó la estadística descriptiva para representar los datos expresados en frecuencias: simples y porcentajes. En el análisis bivariado se empleó la estadística inferencial no paramétrica de libre distribución chi-cuadrada( $\chi^2$ ), con un  $\alpha= 0.05$ , como criterio de significancia.



**Tabla 3.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal	57	69,5
Sobrepeso	21	25,6
Obesidad	04	4,9
Total	82	100.0

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

En la Tabla 3, el 69,5% (57) de ellos califican como normal estado nutricional; así mismo el 25,6% (21) califican como sobrepeso; y sólo el 4,9% (04) de ellos califican como obesidad.

Resultado diferente a lo publicado por Raymundo M.<sup>20</sup> en el estudio titulado: “Prevalencia de obesidad en niños del valle del Mantaro, Jauja – Perú - 2014”, en el cuál llegó a la conclusión de que la prevalencia de obesidad fue alta, en un 28,9%; de ellos tenían un peso alto según la relación talla/edad en 21,6% de los niños y 34,3% de los niños. Respecto a la relación peso/talla, el 16,7% de los niños y el 11,1% de los niños presentaron sobrepeso.

También difiere con lo publicado por Suarez M.<sup>21</sup> en la investigación titulada “Obesidad y su relación con factores nutricionales en niños escolares, Callao – 2008”, en el cuál llegaron a la conclusión de que la frecuencia de sobrepeso en niños escolares de la muestra estudiada fue mayor a la reportada para la población infantil, con elevada proporción de obesidad. El sexo masculino fue el más afectado; sin embargo, no mostró

diferencias significativas con el otro sexo (femenino) predominando el grupo etario de 6 – 8 años.

**Tabla 4.** Relación entre hábitos alimentarios y prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad	Hábitos alimentarios				Total	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Normal	21	25,6	36	43,9	57	69,5
Sobrepeso	05	6,1	16	19,5	21	25,6
Obesidad	00	0,0	04	4,9	04	4,9
Total	26	31,7	56	68,3	82	100

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los niños de la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017.

Del 68.3% (56) niños con hábitos alimentarios inadecuados con peso normal, 19.5% (16) tienen sobrepeso y el 4.9% tienen obesidad.

Datos que sometidos a la prueba de hipótesis se obtiene un  $P=0.049$ , lo que se afirma que existe relación entre hábitos alimentarios y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, por lo que se acepta la hipótesis y se rechaza la hipótesis nula, resultado que se aprecia en el nexo 03.

Resultado diferente a lo publicado por Romero B.; (Iquitos 2015) en el estudio titulado Hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes adolescentes que asisten al consultorio prenatal del Hospital Regional de Loreto. Iquitos – 2015, estudio cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en

gestantes adolescentes que asisten al consultorio pre- natal del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos, durante el año 2013; el método empleado fue cuantitativo, porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos a investigar fueron expresados cuantitativamente y se utilizó estadística descriptiva e inferencial prueba no paramétrica Chi – Cuadrada . El tamaño de la muestra estuvo constituido por 108 gestantes adolescentes. Los resultados obtenidos fueron: 68 (63,0%) gestantes adolescentes practican hábitos alimentarios inadecuados, 40 (37,0%) practican hábitos alimentarios adecuados en cuanto al estado nutricional, 43 (39,8%) presentaron bajo peso, 39 (36,1%) normal y 26 (24,1%) sobrepeso. Para establecer la relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las gestantes adolescentes, se sometieron estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada ( $\chi^2$ ), que determinó que existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional, donde  $\chi^2 = 95,644$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,000$  ( $p < ,05$ ), por lo que se acepta la hipótesis planteada.

## CONCLUSIONES

- 1- Respecto a las características sociodemográficas y familiares de los niños, más de la mitad son del género masculino; lo que significa que aún en la actualidad la educación sigue siendo un privilegio para los del género masculino; así mismo, la mayoría procede de la ciudad de Pucallpa, también un considerable número proceden de otra provincia y pocos de otra región; y respecto al grado de estudio, más de un tercio cursan el cuarto grado, un menor porcentaje cursan el quinto grado y menos aún cursan el sexto grado, lo que implica que algunos de ellos abandonan los estudios.
- 2- Más de dos tercios (68,3%) de niños presentan inadecuados hábitos alimentarios y sólo cerca de un tercio (31,7%) de ellos presentan adecuados hábitos alimentarios.
- 3- Respecto al estado nutricional, la mayoría presentan un estado normal; pero un considerable porcentaje presentan sobrepeso y obesidad.
- 4- Existe relación entre los hábitos alimentarios y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

## RECOMENDACIONES

1. A los padres de familia, se sugiere hacer énfasis en la enseñanza de la importancia de una alimentación balanceada y saludable en niños, para la contribución en la buena práctica de hábitos alimentarios.
2. A los directivos de las instituciones educativas, desarrollar actividades conducentes a mejorar los estilos de vida, ya que los resultados indican que un número considerable de niños padecen de sobrepeso y obesidad.
3. A las docentes y estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería continuar y profundizar estudios relacionados a la variable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Criterio técnico de la hipertensión arterial y obesidad. Génova, Continental 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso [Internet] [Consultado 2013 Noviembre 15] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
3. Barquera CS, Tolentino ML. Sobrepeso y Obesidad Epidemiología, Evaluación y Tratamiento. México, Mc Graw Hill; 2010.
4. Olivares S, Bustos N, Moreno X, Lera L, Cortez S. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Madrid, España. Revista española de Nutrición. 2006; 33(2): 170-79.
5. Organización Panamericana de la Salud. Obesidad. En: Conocimientos actuales sobre nutrición. México Washington D.C. 2012.
6. Tazza R, Bullón L. ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años, Lima. Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos 2006; 67(3): 214-223.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDES Continua 2012 Resumen Ejecutivo p 172 – 292.

8. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 1er Trimestre [Internet] [Consultado 2013 Octubre 08] Disponible en [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu\\_vigi\\_cenan/Perfil\\_nutricionalypobrezaENAHQ2008.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/Perfil_nutricionalypobrezaENAHQ2008.pdf)
9. Ministerio de Salud. 2012. Encuesta Global de Salud Escolar 2012. Lima Perú.
10. Ministerio de Salud. Plan Estratégico de Salud 2011-2015: Las políticas públicas y la promoción de salud. Lima, Perú.
11. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño. Lima 2011.
12. Pino J., López M., Cofre M., González C., Reyes L. Conocimientos alimentario -nutricionales y estado nutricional de estudiantes de cuarto año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2010 Dic [citado 2018 Jun 15]; 37( 4 ): 418-426. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182010000400002&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000400002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000400002>.
13. Pallaruelo S. Prevención y Educación en obesidad infantil [Para optar el grado de magister]; Universidad Pública de Navarra., Facultad de Medicina 2012.



14. Alzate Y, Madrigal, L. Estilos Educativos Parentales, tipos de familia y estado nutricional infantil. Apreciación de expertos. 4ta Conferencia Latinoamericana Promoción de la Salud y Educación para la Salud; Medellín: UIPES. 2009
15. Ferrari M., y otros. Patrón alimentario de una comunidad aborigen de la Patagonia Argentina. Rev Chil Nutr 2004; 31(2): 110-117.
16. Aguirre M, Bucci, A. Lionetto, E., Martínez, C. Sobrepeso en una comunidad toba de Formosa. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas Y Tecnológicas. Jujuy 2003.
17. Romero B. Hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes adolescentes que asisten al consultorio prenatal del Hospital Regional de Loreto. Iquitos. May 2015.
18. Raymundo, L. et al. Prevalencia de obesidad en niños del valle del Mantaro, Jauja, Perú 2010. Rev. Med. Hered. 13 (3): 85 – 90.
19. Sánchez M. Factores socioculturales y económicos que conllevan a la mala alimentación en estudiantes de educación secundaria. “María Auxiliadora”. Puente Piedra – Lima. Abri 2013.
20. Huamán L. y Valladares C. Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna, Amazonas, Perú – 2006 [Para optar el título profesional de: licenciada en Enfermería; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2006.

21. Suarez, M. Obesidad y su relación con factores nutricionales en niños escolares, Callao – 2008. [Para optar el título profesional de: licenciada en enfermería]; Universidad Nacional Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2008
22. Contreras J. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Inv. sociales. [Internet]. 2007 Dic [citado 2018 Jun 15] ; 37( 4 ): 418-426. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/articloe/view/8073>
23. Garraza M, Sugrañes N, Navone G, Oyhenart E. Sobrepeso y obesidad en relación a condiciones socio-ambientales de niños residentes en San Rafael, Mendoza. Rev argent antropol biol. 2011; 13(1):19-28.
24. Moreno, B. Monereo, S Y Álvarez, J. Obesidad, la epidemia del siglo XXI. 2a. ed. España: Ed. Díaz de Santos. 2000.
25. Aguilar M, González E, García C, García P, Álvarez J, Padilla C, et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. Nutr Hosp. 2011; 26(3):636-641.
26. Lucas, B. Nutrición en la infancia, Cap. 10. En: MAHAN, et al. Nutricion y dietoterapia de Krausse 10a. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2003.

27. Kovalskys L, Bay L, Rausch Cecile, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. Rev Chil Pediatr. 2005; 76(3):324 – 335.
28. Gil-Madrona, P. Actividad física y hábitos relacionados con la salud: Una investigación en el marco de la innovación de la Educación Superior Europea, 2009; Fermentum (56), 642-665.
29. Gutiérrez, J. La obesidad Infantil: un problema de salud y de medición. En: Nutrición y obesidad. Senba Seedo. 2004, 2 (3): 103-106.
30. Martos-Moreno, G. A., & Argente, J. Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia. Anales de Pediatría Barcelona, 2011; 75 (1), 631 - 633.
31. Gutiérrez M. Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. Rev Foro Pediátrico, 2005; 2 (1):54 -59.

## **ANEXOS**

## ANEXO Nº 1



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Código

Fecha:...../...../.....

#### CUESTIONARIO SOBRE HABITOS ALIMENTARIOS

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA WILLIAM DYER AMPUDIA DE PUCALLPA, 2017.

**INSTRUCCIONES:** Estimado/a niños/a:

Te agradeceríamos que rellenaras este cuestionario, por favor, no escribas tu nombre en el cuestionario. Los cuestionarios son totalmente anónimos.

Cuando hayas contestado el cuestionario, guárdalo por favor en el sobre, ciérralo y entrégaselo a tu profesor/a. Ninguna persona del colegio podrá ver lo que has respondido.

Aunque confiamos en que aceptes colaborar con nosotros, te recordamos que la participación en este estudio es voluntaria. Si no quieres contestar el cuestionario, por favor, entrégalo sin contestar dentro del sobre.

¡Gracias por tu ayuda y colaboración!

#### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

##### A) Preguntas relacionadas al niño

1.- Año de nacimiento?

20-----

2.- ¿En qué mes cumple años?

- |                                  |                                    |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enero   | <input type="checkbox"/> Febrero   | <input type="checkbox"/> Marzo     |
| <input type="checkbox"/> Abril   | <input type="checkbox"/> Mayo      | <input type="checkbox"/> Junio     |
| <input type="checkbox"/> Julio   | <input type="checkbox"/> Agosto    | <input type="checkbox"/> Setiembre |
| <input type="checkbox"/> Octubre | <input type="checkbox"/> Noviembre | <input type="checkbox"/> Diciembre |

3.- ¿Es usted un niño o una niña?

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niña | <input type="checkbox"/> Niño. |
|-------------------------------|--------------------------------|

4.- ¿En qué lugar nació?

- |             |                          |                   |                          |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| En Pucallpa | <input type="checkbox"/> | Fuera de Pucallpa | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|

**5.- Grado que cursa:**

- Cuarto grado  - Quinto grado   
- Sexto grado

**I.- Consumo de alimentos por porciones recomendadas**

**1.- ¿Cuántas porciones de carne (pollo, res, pescado u otra) consume usted al día?**

- 2 porciones.  
 Menos de 2 porciones.  
 No consumo.

**2.- ¿Cuántas porciones de leche, queso o yogurt consume usted al día?**

- 3 porciones.  
 Menor a 3 porciones.  
 No consumo.

**3.- ¿Cuántas porciones de menestras consume usted a la semana?**

- De 3 a 4 porciones  
 De 1 a 2 porciones.  
 No consumo.

**4.- ¿Cuántas porciones de frutas consume usted al día?**

- 5 a más porciones.  
 3 a 4 porciones.  
 1 a 2 porciones.  
 No consumo

**5.- ¿Cuántas porciones de verduras crudas consume usted al día?**

- 3 porciones.  
 2 porciones.  
 1 porción.  
 No consumo.

**6.- ¿Cuántas porciones de verduras cocidas (en guisos o sopas) consume usted al día?**

- 3 porciones.  
 2 porciones.  
 1 porción.  
 No consumo.

**7.- ¿Cuántas porciones (1 taza) al día consume usted sumando: arroz y fideos?**

- De 7 a 9 porciones al día  
 De 5 a 6 porciones al día  
 De 3 a 4 porciones al día  
 De 1 a 2 porciones al día

**8.- ¿Cuántas porciones (unidad) al día consume usted sumando: yuca, plátano y papa?**

- De 7 a 9 porciones al día
- De 5 a 6 porciones al día
- De 3 a 4 porciones al día
- De 1 a 2 porciones al día

**9.- ¿Usted consume diario aceite de vegetal, oliva o soya?**

- Si consumo.
- No consumo.

**10.- ¿Cuántos vasos de agua natural toma al día?**

- De 8 a 10 vasos.
- De 5 a 7 vasos.
- De 2 a 4 vasos.
- Lo tomo de vez en cuando.

**11.- ¿Con qué frecuencia consume usted preparaciones fritas?**

- A diario.
- 4-6 veces por semana.
- 1-3 veces por semana.
- No consumo

**12.- ¿Cuántas veces consume usted snacks (golosinas y/o galletas)?**

- Diario.
- 4-6 veces por semana.
- 1-3 veces por semana.
- No consumo.

## II.- Tiempo de Comidas

**13.- ¿Consume usted desayuno, almuerzo, cena y dos refrigerios?**

- 4 veces.
- menor a 4 veces

**14.- ¿Cuáles de las siguientes comidas hace habitualmente usted?**

	No	Algunos días	Casi siempre	Si,
		(1-4 d/sem)	(5-6 d/sem)	todos los días
Desayuno				
Media Mañana				
Almuerzo				
Media tarde				
Cena				

### III.- Consumo de Inhibidores

15.- ¿Consumes té, café y/o gaseosa junto con las comidas?

- Sí.
- A veces.
- No.

16.- ¿Qué bebida toma junto con sus comidas durante el día? Puede usted marcar más de una.

- Agua natural
- Café o té
- Leche o yogurt
- Néctar o Cifrut
- Gaseosa
- Jugo o refresco de fruta

### IV.- Adición de Sal a las preparaciones servidas

17.- ¿Usted añade sal a la comida que va a consumir?

- Sí
- No

**Gracias por su colaboración**





### Anexo 03

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo ....., en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación “Relación entre hábitos alimentarios y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 11 años en la Institución Educativa William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017”, realizado por Nadia Nieves García Vásquez y Charles Raúl Gonzales Liberato, niños de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Ucayali; para lo cual aplicarán un cuestionario cuyos datos que brinde serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación.

---

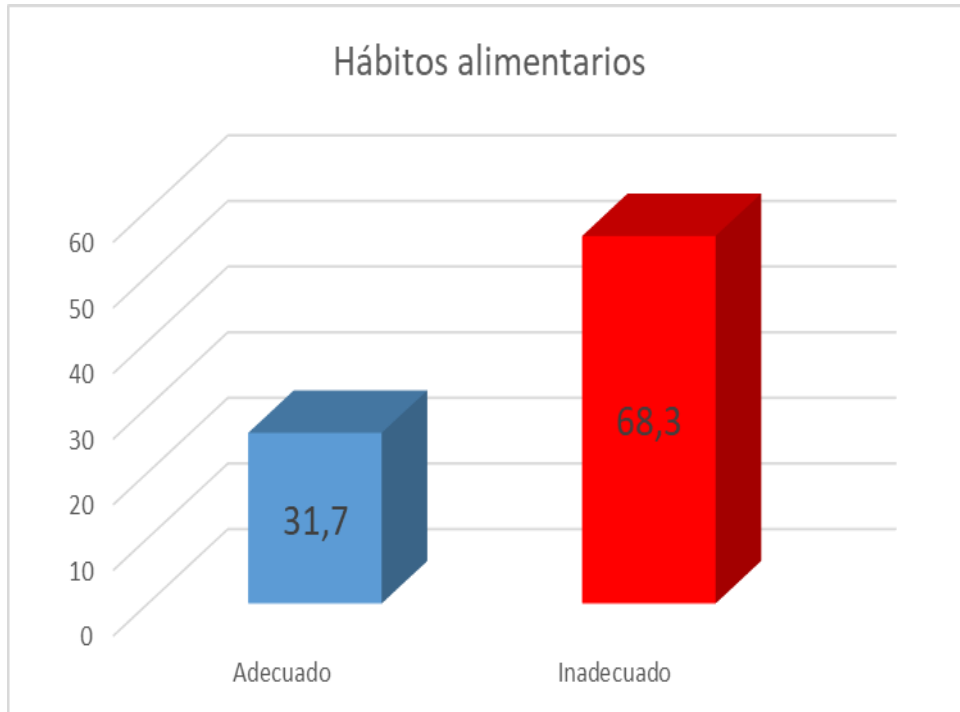
Firma del Niños

Anexo 04

**Gráfico 1.**

Hábitos alimentarios de los niños de la Institución Educativa William Dyer

Ampudia de Pucallpa, 2017



Anexo 05

**Gráfico 2**

Estado nutricional de los niños de 9 a 11 años de la Institución Educativa

William Dyer Ampudia de Pucallpa, 2017

