



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Basttistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ESCOLARES QUE ASISTEN
AL AMBULATORIO LA SABANITA. DICIEMBRE 2009 -
FEBRERO 2010.**

Profesor asesor :
Mags. Freires Raíza

Trabajo de grado presentado por:
Br. Páez, España, Zaida Natacher
C.I: 18.623.267
Br. Rodríguez, Muttach, Maritza Sugay
C.I: 15.638.962

Como requisito parcial para optar al título
De licenciado (a) en enfermería.

Bolívar, marzo 2010



INDICE

INDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA I	v
DEDICATORIA II	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	10
OBJETIVOS	11
Objetivo General	11
Objetivos Especificos	11
METODOLOGIA	12
Tipo de estudio	12
Universo.....	12
Tipo de muestra	12
Criterio de inclusión	12
Criterio de exclusión	13
Métodos e Instrumentos para la recolección de la muestra.....	13
Procedimientos:	15
Validación del Instrumento	18
Materiales:	18
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:	19
Tabla N° 1	20
Tabla N° 2	21
Tabla N° 3	22
Tabla N° 4	23
Tabla N° 5	24
Tabla N° 6	25



Tabla N° 7	26
Tabla N° 8	27
DISCUSION	28
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXO	39
APENDICE.....	44



AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, por darnos la oportunidad de existir.

A la Mags Raíza Freires por todo el apoyo paciencia y enseñanza, en la elaboración de este trabajo.

A la Dra. Rita Pérez, al Dr. Marcos Lima, al Dr. José García, a la Lcda. Odalys Reyes y la Lcda. Betty Rogers, por su valiosísimo asesoramiento en la realización de esta investigación.

Al personal directivo, administrativo y funcional del Ambulatorio La Sabanita por su colaboración en la realización de este estudio.

A los escolares y a sus representantes por su gentil e imprescindible colaboración en la realización de este estudio.

A la Universidad de Oriente, por ser formadora de juventudes.

A todas aquellas personas que de alguna u otra manera hicieron posible llevar a cabo esta investigación.



DEDICATORIA I

- A Dios todopoderoso, por darme la vida, sabiduría y por iluminarme por el camino del bien.
- A mis Padres, Flor España y Ramón Páez por apoyarme siempre brindarme su ayuda, comprensión, todo su amor y cariño. Los amo.
- A mis hermanos Yohaglis, Kendy, Glendy, Milagro, Yasmile, Danny y Zainireth por apoyarme siempre.
- A mi abuela, Flora que aunque no este presente siempre me ha iluminado desde el cielo. Te quiero mucho.
- A Vincen Fernández por brindarme su apoyo y comprensión. Te quiero.
- A mis Tíos y Primos, por estar siempre presente.
- A mi amiga y compañera de tesis, Maritza Rodríguez por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas. Gracias por existir.
- A mis profesores que me orientaron con sus conocimientos y experiencias.
- A mis padrinos de promoción.
- A mi amigo y compañero, Ramón Prado, quien nos brindo todo su apoyo y paciencia sin nada a cambio nos ayudo y oriento en esta etapa de nuestra vida. Gracias..
- A mis amigos y compañeros de clases y de promoción, les deseo éxitos para esta nueva etapa de sus vidas.



DEDICATORIA II

- A Dios todopoderoso, por iluminarme por el camino del bien.
- A mis Padres, María Muttach y Francis Rodríguez por apoyarme siempre y darme todo su amor y cariño. Los quiero muchos.
- A mis hermanos Jhonalbeth, Santa, Jhonny, por apoyarme siempre.
- A mi abuela, Carmen por su cariño y por siempre estar pendiente de mí a pesar de su distancia. Te quiero.
- A mis Tíos y Primos, por estar siempre presente.
- A mi amiga y compañera de tesis, Zaida Páez por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas. Gracias.
- A mis profesores que me orientaron con sus conocimientos y experiencias.
- A mis padrinos de promoción.
- A mi amigo y compañero, Ramón Prado, quien nos animo, ayudo y oriento en esta etapa de nuestra vida. Gracias.
- A mis amigos y compañeros de clases y de promoción, les deseo éxitos para esta nueva etapa de sus vidas.



República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Oriente
Núcleo Bolívar
Escuela de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

Prevalencia de obesidad en escolares que asisten al ambulatorio La Sabanita.
Diciembre 2009 – febrero 2010.

Autores:

Páez, E., Zaida N. Rodríguez, M., Maritza, S

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud creciente que afecta cada vez más a niños en el mundo sin importar género, grupo étnico o nivel socioeconómico. El propósito de este estudio fue determinar la Prevalencia de obesidad en escolares que asistieron al ambulatorio la Sabanita durante los meses Diciembre 2009 a febrero 2010. La investigación realizada fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra quedó constituida por 70 niños, de los cuales 38 de sexo femenino y 32 de sexo masculino, con rango de edades entre 7 a 12 años. A cada niño se le determinaron las medidas antropométricas y se les realizó una encuesta tipo cuestionario a los padres y representantes donde se recolectaron datos personales, antecedentes familiares y la alimentación de acuerdo a su estilo de vida. Encontrándose 7,2% de los niños con sobrepeso y 42,9% con obesidad, de los cuales el 56,7% eran masculinos y 43,3% eran femeninos. El 66,7% tenían antecedentes familiares positivos, existiendo una estadística significativa. El 36,8% se alimenta fuera del hogar 3 veces a la semana, 26,3% 2 veces, 21,1% 4 veces y 15,8% 1 vez. El 73,6% de los niños comen perro caliente y frituras, 21,1 % hamburguesa y 5,3% pizza. Las conductas sedentarias estaban presentes en 73,3%. El 50% de los escolares pertenecen al estrato social III, 40% al estrato social IV y 10% al estrato social V. Los resultados obtenidos demuestran que existe una gran Prevalencia de escolares obesos debido a factores externos.

Palabras clave: Prevalencia, Obesidad, escolares, sobrepeso.



INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud 2004, informo que al menos 300 millones de personas padecen obesidad y que esta es una condición compleja que acarrea graves problemas sociales y que afectan a todas las edades y estratos sociales socioeconómicos, además se extiende a un ritmo alarmante, no solo en los países industrializados, sino también en países en desarrollo¹. Según la OMS, a nivel mundial estima que existen unos 250 millones de personas obesas, es decir, 7 % de la población total, de la cual el 80 % se encuentra con enfermedades crónico-degenerativas, la cual está asociada a 300 mil muertes por año, ocupando dentro de los 5 primeros lugares en América latina y los registros nacionales mostraron que los niños y jóvenes padecen aproximadamente del 20-30% de sobrepeso u obesidad².

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), La epidemia de obesidad no está afectando solamente a Estados Unidos, donde el problema alcanzó ya niveles alarmantes. También afecta a países tan diversos como Jamaica y la República Checa, a su vez más de la mitad de la población de Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay tiene sobrepeso³. A si mismo la OPS, hace mención que entre un 50% y un 60% de los adultos en América Latina y el Caribe registran exceso de peso u obesidad, y los índices de obesidad entre los niños menores de cinco años oscilan entre un 7% y un 12%⁴.

El problema de la obesidad en los países desarrollados esta adquiriendo las características de una autentica epidemia. Basta para ello observar la tendencia ascendente de la prevalencia de obesidad encontrada en países como estados unidos, constituyendo uno de los principales retos actuales para la salud pública, y el mas frecuente de los problemas nutricionales⁵. La obesidad es un problema de salud creciente que afecta cada vez a mas niños en el mundo, sin importar genero, grupo



étnico o nivel socioeconómico. Como principal referencia tenemos el caso de Estados Unidos, país que reporta la mas alta prevalencia de obesidad infantil a nivel mundial en un 17.1% donde en los niños de 6 a 11 años de edad, la prevalencia de obesidad se ha incrementado progresivamente de 4.1% a 10.7%⁶.

En Venezuela, según el sistema de vigilancia alimentaría y nutricional (SISVAN), la prevalencia de sobrepeso en niños de 2 a 6 años para el periodo 94-97 oscilo entre 10% en 1994 y 9,4% para 1997, mientras que en menores de 15 años aumento de 8,5% en 1990 a 11,3% en el 2000. La tendencia a nivel nacional es similar a la situación mundial, en donde este problema de malnutrición por exceso sigue incrementándose a 12,27%⁷. El hambre, la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes son problemas de salud pública en los países en vía de desarrollo (Venezuela entre ellos), debido a la alta prevalencia y por el impacto que ocasionan sobre la salud y el bienestar de la población, especialmente en los grupos de más bajos ingresos⁸.

En ciudad Bolívar la Obesidad infantil secundaria al Síndrome de Prader Willi el cual se considera como la causa genética más frecuente en el ámbito mundial es el caso de una escolar afectada por un síndrome que se caracteriza por provocar un apetito voraz. Esta niña residiada en Ciudad Bolívar (Estado Bolívar) ha sido motivo de estudio por parte de los docentes investigadores de la Escuela de la Salud Dr. Francisco Battistini Casalta, del Núcleo de Bolívar de la Universidad de Oriente⁹.

Se considera sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) esta comprendido entre los percentiles (P) 85 y 95 y obesidad cuando es mayor al P95¹⁰.

La causa fundamental de la obesidad es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial de la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran: La modificación mundial de la dieta, con una tendencia



al aumento de la ingesta de alimentos hipocalóricos, ricos en grasas y azúcares. Y la tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización¹¹.

La obesidad se clasifica en tres grupos: la etiológica, la dependiente del IMC y la debida a la disposición topográfica de la acumulación de grasa. En la clasificación etiológica, destaca por su frecuencia la obesidad esencial debido a una alteración de la regulación del ajuste de peso, o bien a una alteración del ponderostato; se incluyen también en este grupo las obesidades de origen endocrinológico, hipotalámico, genético y las ocasionadas por fármacos. Para poder valorar y diagnosticar la obesidad se deben tener en cuenta no solo los aspectos antropométricos sino también los posibles factores genéticos; hay que investigar las causas de la enfermedad y comprobar la posible existencia de complicaciones y enfermedades asociadas¹².

Entre las complicaciones de la obesidad encontramos la mortalidad, alteraciones: metabólicas (diabetes), respiratorias, cardiovasculares (infartos al miocardio entre otros), tumorales, articulares, digestivas, renales, endocrinas, neurológicas, dermatológicas, gineco-obstetricas, psicológicas, y las del metabolismo de fármacos¹³.

El tratamiento de la obesidad consiste en negativizar el balance de energía, reduciendo el ingreso e incrementando el gasto energético. Los recursos terapéuticos podrían agruparse según actúen prioritariamente sobre factores etiopatogénicos, fisiopatológicos o sobre las consecuencias de la obesidad. Actualmente se recurre al cambio en el estilo alimentario (dietoterapia), cambios en el estilo de vida (antisedentarismo y ejercicioterapia), la farmacoterapia específica e inespecífica, los tratamientos psicoterapéuticos (ejemplo cognitivos - conductuales) y cirugía bariátrica¹⁴.



Los recursos utilizados para la prevención son similares a los aplicados al tratamiento de la obesidad no reconociéndose una clara diferenciación entre ellos. Las bases de la prevalencia son la enseñanza y la práctica de un estilo de vida más saludable con modificación de las ofertas alimentarias e incorporación del trabajo físico al cotidiano. Modificar la disponibilidad de alimentos de riesgo para el desarrollo de la obesidad, necesita de medidas gubernamentales que promuevan campañas informativas, educativas, gravámenes a alimentos obesos genéricos, etc., mientras que crean las condiciones para una vida más activa que no represente una carga ni un tratamiento, necesitan de legislaciones y apoyo de autoridades¹⁴.

En un estudio comparativo donde se analizaron 160 encuestas nutricionales realizadas en 1985, en 94 países de África, Asia y América Latina. El objetivo era cuantificar la prevalencia, tendencia y distribución geográfica de sobrepeso en edad preescolar. Se observó que del 88% del total de la población menor de 5 años (17.5 millones), presentaba 60.3 % de sobrepeso total de toda la comunidad con esta patología. El porcentaje de sobrepeso infantil fue más alto en América Latina y en el Caribe (44%), seguido de África (9%) y Asia (2.9%)¹⁵.

En Barcelona, España Noticias recientes dan cuenta de que el 13,9 % de la población comprendida entre los 2 y los 24 años de edad es obesa y el 26,3 % tiene sobrepeso. Son datos más que preocupantes. Si la obesidad de los adultos es ya un problema sanitario y social, el reciente aumento que se está registrando entre la infancia y la juventud añade un motivo adicional de preocupación, porque la obesidad en estas etapas de la vida determina un aumento del riesgo de patologías más propias de edades más avanzadas como la diabetes tipo 2, los trastornos cardiovasculares (colesterol) y la hipertensión, que ya están apareciendo “prematuramente” en la población¹⁶.



Estudio realizado en Madrid (España), sobre el Perfil Antropométrico y Prevalencia de Sobrepeso de los escolares los resultados fueron los siguientes: La talla, el peso, el perímetro braquial y el pliegue cutáneo tricípital y el IMC, presentaron valores algo superiores a la población de referencia, especialmente en las edades mayores. La Prevalencia de sobrepeso fue de 4.05%, con un mayor número de casos a partir de los 12 años y sin que se apreciaran diferencias por sexos¹⁷.

En un estudio sobre la prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio PONCE 2005, los resultados fueron los siguientes: la prevalencia de obesidad en niños de Ceuta de 6 a 13 años de edad se estima en un 8,75% y para el sobrepeso se estima un 13,81%. En conjunto sobrepeso y obesidad suponen el 22,57%. La prevalencia de obesidad es más elevada en las mujeres (9,28%) que en los varones (8,50%), diferencia estadísticamente no significativa. En ninguno de los dos sexos se encontraron diferencias significativas según la edad¹⁸.

Se realizó un estudio en la Ciudad de México, sobre prevalencia de Obesidad infantil en un grupo de población escolar de 6 a 13 años, los resultados fueron los siguientes: del total de niños evaluados (292), 55% correspondió a eutróficos (normal), 1% a desnutrición, 21% a sobrepeso y 23% a obesidad.¹⁸ A su vez en Sinaloa (México) se realizó un estudio sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de Culiacán, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: 19.6% de la población estudiada presentó sobrepeso y el 26.4% obesidad. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños fue de 47.8% mientras que en niñas de 46.5 %¹⁹.

En un estudio realizado en México sobre la obesidad en la población escolar y la relación con el consumo de comida rápida en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: se encontró una relación significativa entre el consumo de comida rápida y el nivel de peso, más evidente para el sexo femenino. En ambos sexos, la diferencia



observada es atribuible a un incremento en la proporción de sujetos obesos en el grupo con frecuente consumo de comida rápida así como un mayor número de sujetos normales que consumen este tipo de alimentos en forma ocasional²⁰.

En un estudio realizado, en Argentina (San Salvador Jujuy), sobre Evolución de la Prevalencia de sobre peso y desnutrición de escolares se obtuvieron los resultados siguientes: Independientemente del criterio utilizado se observó en ambos sexos y grupos de edad, un aumento de la prevalencia de sobrepeso y de obesidad. Entre el inicio del período analizado y su finalización, el incremento promedio de la prevalencia de sobrepeso, considerando todos los criterios e independientemente del sexo, fue mayor en el grupo de edad de 11-16 años (6,1%) que en el de 4-10 años (2,5%). En ambos grupos de edad los varones presentaron prevalencias mayores que las mujeres (4-10 años: 3,5% contra 1,5%; 11-16 años: 6,9% contra 5,4%)²¹.

En Santiago de Chile se realizó un estudio sobre, Patrones alimentarios y su relación con sobrepeso y obesidad en niñas de nivel socioeconómico medio alto, en el cual se seleccionó una muestra de 108 niñas entre 8 y 11 años, y se determinó el índice de masa corporal, se les aplicó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos cuantificada y se obtuvieron cuatro factores que representan patrones alimentarios diferentes, y explican 54% de la variación total. El primer factor se caracterizó por una dieta basada en el consumo de alimentos de alta densidad energética (comida rápida, helados, chocolates); el segundo por una dieta saludable (lácteos, frutas y verduras); el tercero por la ingesta de bebidas gaseosas (con y sin azúcar) y el cuarto por una dieta rica en alimentos de alta densidad energética y azúcares (pan, cecinas, dulces)²².

En otro estudio realizado en Punta Arena (Chile) sobre factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico se demostró que existe un 25% de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años controlados en el Sistema Nacional de



Servicios de Salud, 35% en preescolares que asisten a Jardines Infantiles de la JUNJI, 38% en escolares de 1º año básico. El incremento de la frecuencia de la obesidad se ha relacionado con factores ambientales, siendo los hábitos alimentarios inadecuados (mayor consumo de carbohidratos y grasas) y el estilo de vida sedentario (juegos de video, internet y TV y poca actividad deportivas) los que juegan un papel fundamental²³.

En un estudio realizado en Chile sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños que se controlan en pediatría ambulatoria en Clínica Las Condes los resultados obtenidos son los siguientes: prevalencia total de peso normal es 66,8%, seguido de un 13,9% de sobrepeso, u 12% de obesidad y un 7,3% de bajo peso. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de bajo peso, sobrepeso y obesidad según sexo ni grupo erario. Sin embargo, en el grupo de 6 y 10 años se observo la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los tres grupos con un 16,1% y 15,8% respectivamente, pese a que la diferencia no alcanzo a ser estadísticamente significativa²⁴.

Estudio realizado en Valencia, Carabobo, en 2005 sobre situación nutricional de preescolares, escolares y adolescentes, los resultados fueron los siguientes: Hubo 26,7% de déficit y 12,2% de exceso nutricional y 17,2% anemia en preescolares y escolares, déficit en 2,9%, deficiencia de reservas calóricas (5,7%) y proteicas (5,7%) de los adolescentes, con sobrepeso u obesidad en 8,6%. Parasitosis en 42% con dos o más formas parasitarias en 47,7%. Inseguridad alimentaria 75,3% y la inadecuación calórica en 54,4% de los sujetos²⁵.

A su vez en el 2003 en Valencia se realizo evaluaciones nutricional antropométrica y determinación bioquímica de colesterol, triglicéridos, HDL-Col, LDL-Col y el cálculo de relaciones de riesgo, 95% de los niños provenían de estratos III-IV-V. Hubo 14,3% de déficit y 20,8% de exceso nutricional. Los promedios de



lípidos fueron normales, sin diferencia significativa por sexo, siendo mayores para HDL-Col y relaciones de riesgo en los niños de 1 a 3,99 años. No hubo diferencia significativa por estado nutricional, pero sí tendencia a valores mayores en niños con sobrepeso, excepto para HDL-Col. 6,3% de los niños con sobrepeso presentaron colesterol ³ 170 mg/dL, 16,5% LDL-Col ³ 110 mg/dL, 40,5% triglicéridos ³ 75mg/dL y 100% HDL-C<45 mg/dL. Existió sobrepeso y alteraciones en el patrón de lípidos importantes⁷.

Se realizó un estudio en Venezuela sobre la situación nutricional de escolares. Unidad Educativa “Santiago Mariño”, Municipio Linares Alcántara; Estado Aragua, año 2005, donde se obtuvieron los siguientes resultados: 13,6 de los menores presentaron déficit nutricional y 3,4 % obesidad. En los niños, el déficit se presenta en 17,1 % y en las niñas en 14,3 %, mientras que el sobrepeso fue observado en 6,9% de los varones y 7,5 de las menores. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la conformación del grupo según sexo y edad²⁵.

En un estudio realizado en Ciudad Bolívar, sobre: los resultados prometedores logran con niña afectada por el síndrome de prader willi, en el cual informan que la niña pesó al nacer 2.350 gramos y midió 49 centímetros. Al año, evidenció retraso del desarrollo psicomotor con sostén cefálico a los dos años, hiperfagia compulsiva, obesidad troncular y salivación muy viscosa. Afirman que en dos meses de tratamiento, por primera vez la niña no aumentó de peso; al contrario, rebajó cinco kilos, además explica que a través de la dieta y los medicamentos se ha estado influyendo directamente sobre la hormona del hambre ghrelina y la hormona de la saciedad colecistoquinina⁹.

Una vez conocidos estos datos surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el índice de masa corporal de los escolares según peso y talla? ¿Cuál es la población escolar con obesidad según edad? ¿Cuál es la población escolar con obesidad según



sexo? ¿Cuales son los antecedentes familiares con obesidad en los escolares? ¿Cuales son los hábitos alimentarios de los escolares obesos? ¿Cuales son las actividades físicas realizan los escolares obesos? ¿Cual es el estrato social de los escolares con obesidad?



JUSTIFICACION

La obesidad puede ser definida como el acumulo excesivo de tejido adiposo en el cuerpo. En los niños los depósitos de grasa se ubican a nivel subcutáneo, mientras que en los jóvenes y adultos también se forman depósitos de grasa intraabdominales, lo que se asocia con un mayor riesgo de trastornos metabólicos. Por tal razón la obesidad es un importante factor de riesgo de morbi-mortalidad para la población, siendo bastante resistente a la intervención¹⁸.

La prevalencia de otros factores de riesgo y estilos de vida no saludables como la hiperlipemia o la hipertensión arterial ha mostrado en los últimos años una clara tendencia a descender, sin embargo los índices de obesidad ascienden de forma alarmante tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo⁵.

Es por ello que se plantea la siguiente investigación con la finalidad de conocer la prevalencia de obesidad en escolares que asisten al ambulatorio Urbano Tipo II La Sabanita, basándonos en medidas antropométricas de los niños y en un test de datos sociodemográficos a los padres para la realización de este estudio.



OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de obesidad en escolares que asisten al Ambulatorio La Sabanita. Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Objetivos Especificos

- 1-. Calcular el índice de masa corporal de los escolares según peso y talla.
- 2-. Clasificar la población escolar con obesidad según edad y sexo.
- 3-. Identificar los antecedentes familiares con obesidad en los escolares.
- 4-. Investigar la alimentación de los escolares fuera del hogar.
- 5-. Especificar tipo de alimentos que consumen fuera del hogar.
- 6-. Describir si los escolares obesos realizan actividad física.
- 7-. Establecer el estrato social de los escolares obesos.



METODOLOGIA

Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, el cual se le realizó a los escolares que asistieron al Ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar. Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Universo

El universo estuvo comprendido por todos los escolares que asistieron al Ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar. Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Tipo de muestra

Estuvo conformada por los escolares obesos, que asistieron al Ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar. Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Criterio de inclusión

Escolares obesos con edades comprendidas entre 7 y 12 años, con previa autorización de sus padres o representantes.



Criterio de exclusión

Escolares con problemas metabólicos o aquellos que estén bajo estricto tratamiento para su enfermedad es decir que consumen hormonas.

Métodos e Instrumentos para la recolección de la muestra

Para la recolección de los datos se aplicó el método de la observación, para obtener las medidas antropométricas de los escolares y la encuesta tipo cuestionario a los padres y representantes de los escolares obesos, el cual estaba dividido en dos partes: primera parte datos sociodemográficos y la segunda parte factores de riesgo (APENDICE), para medir el estrato social se aplicó el método de Graffar Méndez Castellano modificado. (ANEXO) El cual consiste en una estratificación de la población a partir de las siguientes cuatro variables: Profesión del jefe/a de la familia; Nivel de instrucción de los padres; Fuente de ingreso; Condición de la vivienda.

Este método permite evaluar las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus capacidades.



Variables	Puntaje	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

INTERPRETACION



Estrato	Total de Puntaje Obtenido
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20

De igual forma fue validado el instrumento por expertos en el tema.

Procedimientos:

- Se le participó a las autoridades de institución el objetivo de la investigación y solicitar su respectiva colaboración.
- Se le informó a las madres y representantes, del estudio el objetivo de la investigación y una vez su consentimiento se procedió aplicar la entrevista.
- Se entrevistó a los padres y representantes de los escolares, mediante la formulación de preguntas de tipo cerradas para conocer los antecedentes familiares, el nivel socioeconómico y los hábitos alimentarios. La encuesta constó de 2 partes. Una primera consta de 6 pregunta cerradas, y una segunda que consta de 4 preguntas cerradas, donde se utilizará el método de Graffar Méndez Castellano modificado. Método utilizado para medir el estrato social de la familia de los niños con obesidad.
- Se evaluó el estado nutricional, lo cual comprende el uso de los indicadores o parámetros antropométricos, en donde se procederá a tallar de la



siguiente manera se ubica al niño parado con talones, glúteos y cabeza en contacto con la pared. Puede ser necesario que un ayudante sostenga los talones en contacto con el piso y las piernas bien extendidas. La cabeza debe sostenerse de modo que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que la oreja. Se desliza la superficie móvil hacia abajo, a lo largo del plano vertical y en contacto con éste, hasta que toque la cabeza del niño. Se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire haciéndose lo más alto posible. Entonces se efectúa la lectura en la cinta métrica. También se pesa a los escolares mediante el siguiente procedimiento, sin ropas o con lo menos prendas posibles, luego colocarlo sobre la bascula previamente equilibrada y efectuar la medición de los escolares que asisten al Ambulatorio La Sabanita y por último se calcula el índice de masa corporal (IMC) el cual es un cociente que relaciona dos medidas, el peso y la estatura. Este índice se obtiene dividiendo el peso (en Kilogramos) por el cuadrado de la estatura en metros (la estatura multiplicada por sí misma).

$$\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2} = \text{I.M.C.}$$

- Se tomo como referencia los siguientes cuadros de percentiles de peso y talla en niños (as) ²⁷.

Percentiles de peso de niñas (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	15.75	16.95	18.20	20.20	22.60	24.95	27.30	3.51



7	17.50	18.80	20.10	22.80	25.50	28.50	31.40	4.27
8	19.80	20.95	22.80	25.75	29.00	32.70	36.00	5.10
9	21.90	23.75	25.90	29.00	33.15	37.45	41.00	5.82
10	24.55	26.55	29.10	32.98	37.60	42.45	46.60	6.71
11	26.30	29.15	32.75	37.50	42.60	46.00	50.55	
12	29.16	33.25	37.30	42.35	46.15	50.15	54.10	

Percentiles de peso de niños (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	16.60	17.42	19.08	20.71	22.85	24.85	27.70	3.75
7	18.75	19.65	21.42	23.20	25.80	28.35	31.40	4.24
8	20.93	21.75	23.75	26.08	29.08	32.01	35.60	4.94
9	23.09	24.35	26.30	29.02	32.20	36.00	40.10	5.55
10	25.18	26.68	29.10	32.14	36.35	40.50	45.08	6.40
11	27.45	29.18	32.00	35.80	40.85	45.61	50.51	7.32
12	30.10	32.00	35.35	39.32	46.45	51.50	57.50	8.41

Percentiles de estatura de niñas (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	105.60	107.30	110.30	113.80	117.20	120.30	122.20	5.11
7	110.60	112.60	115.80	119.50	123.10	126.40	128.40	5.41
8	115.30	117.40	121.00	124.90	128.80	132.40	134.50	5.84
9	119.70	122.00	125.80	130.10	134.40	138.20	140.50	6.32
10	123.60	126.10	130.40	135.10	139.80	144.10	146.60	6.99
11	129.00	131.80	136.50	141.80	147.00	151.80	154.60	7.78
12	135.40	138.60	143.90	149.90	155.80	161.20	164.40	8.81

Percentiles de estatura de niños (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	107.80	109.50	112.10	115.10	118.10	120.70	122.40	4.44
7	113.10	114.90	117.70	120.90	124.10	126.90	128.70	4.74
8	118.10	120.00	123.00	126.60	129.80	132.80	134.70	5.05
9	122.60	124.70	127.90	131.60	135.30	138.60	140.60	5.45
10	126.30	129.10	132.10	136.60	140.60	144.20	146.40	5.93
11	130.40	133.10	136.90	141.40	145.80	149.70	152.10	6.59
12	134.60	137.30	141.70	146.80	151.80	156.20	159.10	7.43



- El instrumento fue validado por 5 expertos en el tema. Un epidemiólogo, un médico pediatra, una licenciada en enfermería, una nutricionista y residente de endocrinología.

Validación del Instrumento

En cuanto a la validez de la entrevista, diseñada para recolectar la información requerida en el presente estudio, se utilizó 10 entrevistas de la investigación, dando como resultado un valor de 0,80, lo que indica el nivel de confianza del instrumento.

Para este estudio se contó con los siguientes recursos:

Materiales:

Textos

Hojas

Lápices

Borradores

Carpetas

Material impreso

Cinta métrica

Peso

Reglas. etc.



PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Para la organización de la información se obtuvo a través de los instrumentos anteriormente mencionados, se utilizó un sistema de tabulación manual, con el propósito de presentar en cuadros la información que se obtuvo, con el fin de ejecutar el análisis interpretativo de los datos, el cual se realizó desde el punto de vista cuantitativo, a través de porcentaje (%).

**Tabla N° 1**

Escolares según edad y estado nutricional por índice de masa corporal (IMC).
Ambulatorio La Sabanita, Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Edad (Años)	IMC*									
	Déficit		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
7 - 8	2	2,9	11	15,7	2	2,9	18	25,7	33	47,2
9 – 10	3	4,3	6	8,5	2	2,9	2	2,9	13	18,6
11-12	5	7,1	8	11,4	1	1,4	10	14,3	24	34,2
Total	10	14,3	25	35,6	5	7,2	30	42,9	70	100,0

*Índice de Masa Corporal

Fuente: Observación y Procedimiento de talla y peso.

En la tabla N° 1 se demostró que 14,3% (n=10) se encontraban en la zona déficit, 35,6%(n=25) en el nivel normal, 7,2% (n=5) con sobrepeso, 42,9% (n=30) con obesidad. Donde el 47,2% (n=33) pertenece a las edades entre 7 a 8 años.

**Tabla N° 2**

Escolares obesos según edad y sexo. Ambulatorio La Sabanita, Diciembre 2009 –
Febrero 2010.

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
7 – 8	10	33,3	8	26,7	18	60,0
9 – 10	0	0	2	6,6	2	6,7
11 – 12	7	23,4	3	10,0	10	33,3
Total	17	56,7	13	43,3	30	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los escolares.

Se puede observar en la tabla N° 2 la edad y sexo de los escolares obesos , donde 56,7% pertenecen al sexo masculino, mientras que 43,3% al sexo femenino, de los cuales un 60,0% tenían edades entre 7 a 8 años, 33,3% entre 11 a 12 años y 6,7% entre 9 a 10 años.

**Tabla N° 3**

Escolares según antecedentes familiares con obesidad. Ambulatorio La Sabanita,
Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Antecedentes Familiares.	N°	%
Si	20	66,7
No	10	33,3
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los escolares.

En la tabla N° 3, refleja que el 66,7% de los escolares presentaba antecedentes familiares con obesidad, mientras que el 33,3% no presentaba antecedentes familiares.

**Tabla N° 4**

Escolares según hábitos alimentarios. Ambulatorio La Sabanita, Diciembre 2009 –
Febrero 2010.

Hábitos alimentarios	N°	%
Alimentación en el hogar	11	36,7
Alimentación fuera del hogar. (Comidas rápidas).	19	63,3
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los escolares.

En la tabla N°4 se puede observar que el 63,3% de los escolares se alimentan fuera del hogar y 36,7% se alimentan en su hogar.

**Tabla N° 5**

Escolares obesos según la frecuencia de alimentación fuera del hogar. Ambulatorio
La Sabanita, Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Frecuencia de Alimentación	N ^a	%
1 Vez a la semana	3	15,8
2 Veces a la semana	5	26,3
3 Veces a la semana	7	36,8
4 Veces a la semana	4	21,1
Total	19	100,0

Fuente: Encuesta a los escolares.

En la tabla N° 5 se puede observar que el 36,8 % se alimenta 3 veces a la semana fuera del hogar 26,3 % 2 veces, 21,1% 4 veces y 15,8% 1 vez a la semana.

**Tabla N° 6**

Escolares obesos según el tipo de alimentación que consume fuera del hogar.
Ambulatorio La Sabanita, Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Tipo de Alimentación	N°	%
Perro Caliente	7	36,8
Hamburguesas	4	21,1
Frituras (empanadas, pastelito)	7	36,8
Pizza	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Encuesta a los escolares.

En la tabla N° 6 se pudo observar que el 73,6 % de los escolares consumen perros calientes y frituras (empanadas, pastelitos), mientras que 21,1% consume hamburguesas y 5,3% consume pizza.

**Tabla N° 7**

Escolares obesos según actividad física. Ambulatorio La Sabanita, Diciembre 2009 –
Febrero 2010.

Actividad Física	N°	%
Si	8	26,7
No	22	73,3
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los escolares.

En la tabla N° 7 el 73,3% de los escolares obesos no realizan actividades físicas, mientras que el 26,7% si realizan actividades físicas.

**Tabla N° 8**

Escolares obesos según nivel socioeconómico. Ambulatorio La Sabanita, Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Nivel Socioeconómico	N°	%
Estrato Social III	15	50,0
Estrato Social IV	12	40,0
Estrato Social V	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los escolares.

Se puede observar en la tabla N°8 que el 50,0% de las familias de los escolares obesos pertenecen al estrato social III, mientras que el 40,0% pertenecen al estrato social IV y un 10,0% al estrato social V.



DISCUSION

La Organización Mundial de la Salud en el 2004, informó que al menos 300 millones de personas padecen obesidad y que esta es una condición compleja que acarrea graves problemas sociales y que afectan a todas las edades y estratos sociales socioeconómicos, además se extiende a un ritmo alarmante, no solo en los países industrializados, sino también en países en desarrollo¹. Según la OMS, a nivel mundial estima que existen unos 250 millones de personas obesas, es decir, 7 % de la población total, de la cual el 80 % se encuentra con enfermedades crónico-degenerativas, la cual está asociada a 300 mil muertes por año, ocupando dentro de los 5 primeros lugares en América latina y los registros nacionales mostraron que los niños y jóvenes padecen aproximadamente del 20-30% de sobrepeso u obesidad².

En la investigación realizada se encontró que 14,3% (n=10) se encontraban en la zona déficit, 35,6% (n=25) en el nivel normal, 7,2% (n=5) con sobrepeso, 42,9% (n=30) con obesidad, donde el 47,2% (n= 33) pertenecen a las edades entre 7 a 8 años. Según estudios realizados refieren que el incremento de la frecuencia de la obesidad se ha relacionado con factores ambientales, siendo los hábitos alimentarios inadecuados (mayor consumo de carbohidratos y grasas) y el estilo de vida sedentario (juegos de video, internet y TV y poca actividad deportivas) los que juegan un papel fundamental²⁸. Esta investigación difiere con un estudio realizado en México en el 2005, sobre prevalencia de Obesidad infantil en un grupo de población escolar de 6 a 13 años, los resultados fueron los siguientes: del total de niños evaluados (292), 55% correspondió al estrato normal (eutróficos), 1% el estrato de desnutrición, 21% a sobrepeso y 23% a obesidad¹⁹.

Según la edad y sexo de los escolares obesos, donde 56,7% pertenecen al sexo masculino mientras que 43,3% al sexo femenino, de los cuales un 60% tenían edades



entre 7 a 8 años, 33,3% entre 11 a 12 años y 6,7% entre 9 a 10 años. Según la organización mundial de la salud (OMS), refiere que este fenómeno ocurre debido a que la obesidad es una condición compleja que acarrea graves problemas sociales y que afecta a todas las edades¹. Esta investigación difiere con un estudio realizado en Sinaloa (Mexico) 2008, donde se obtuvo 26,4% de los niños presentó obesidad, de los cuales 47,8% fueron niños y 46,5% niñas¹⁹.

El 66,7% de los escolares presentaban antecedentes familiares con obesidad, mientras que el 33,3% no presentaba antecedentes familiares. Este fenómeno ocurre debido a factores genéticos, como la obesidad en los padres; los estudios genéticos han demostrado la estrecha relación entre la herencia y la obesidad, así como también con otras enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las cardiopatías y las dislipidemias²⁸. Este estudio difiere con una investigación realizada en el estado Lara en el 2008, donde se reportó que 87,5% de los escolares presentaban antecedentes familiares con obesidad²⁹.

El 76,3% de los escolares consumen perro caliente y frituras (pastelitos, empanadas), mientras que 21,1% consumen hamburguesa y 5,3% consumen pizza. El exceso de consumo de comida rápida o “chatarra” y golosinas se convierte en un hábito para lograr que el niño se alimente. Por comodidad, a modo de premio, o por falta de tiempo para cocinar, los niños ingieren comida rápida que aporta muchas calorías y grasas y contribuyen al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, el consumo de bebidas carbonatadas a base de cola y con cafeína disminuye o retardan la absorción de calcio. Todo esto forma parte de hábitos alimentarios distorsionados²⁰. La investigación difiere con un estudio en México en el 2006 donde se encontró una relación significativa entre el consumo de comida rápida y el nivel de peso, la diferencia observada es atribuible a un incremento en la proporción de los sujetos obesos en el grupo con frecuente consumo de comidas



rápidas así como un mayor número de sujetos normales que consumen este tipo de alimentos en forma ocasional²⁰.

El 73,3% de los escolares obesos no realizan actividades físicas, mientras que el 26,7% si realizan actividades físicas. En estudios realizados encontraron que el uso de computadora esta inversamente relacionado con la actividad física³⁰. Mientras que otro estudio reflejan que la televisión durante muchas horas se han relacionado con un aumento de la obesidad, pues supone en gran medida, dejar de hacer otras actividades de mayor gasto energético, como seria los juegos al aire libre y el deporte^{31,32}. Difiere con un estudio realizado en Chile 2006, Concluyo que la población estudiada se caracterizo por un alto nivel de sedentarismo, con un número importante de horas dedicadas a juegos electrónicos o al televisor y con escaso números de horas dedicadas al deporte o juego activos. En este estudio el sedentarismo esta presente con 72,73% de los escolares, siendo este un factor de riesgo esta presente en los niños con malnutrición por exceso²³.

El 50% de las familias de los escolares obesos pertenecen al estrato social III, mientras que el 40% pertenece al estrato social IV y un 10% al estrato social V. Esto ocurre debido que en los países industrializados el problema refleja condiciones socioeconómicas de abundancia ligadas al consumo de alimentos y al hábito de vida inadecuada; en los países menos desarrollados, la etiología es similar en los estratos altos, mientras que los estratos bajos se debe mas bien a un patrón de consumo distorsionado, debido a la necesidad de llenar los requerimientos con calorías baratas, provenientes de los carbohidratos⁷. Esto difiere con un estudio realizado en Valencia en el 2003 donde el 95 % de los niños provenían de estrato III, IV y V⁷.



CONCLUSIONES

La obesidad en escolares esta presente en nuestra población de una manera significativa, motivo por el cual es importante aceptar que la misma es una patología que induce a otros problemas de salud mas graves a futuro.

En la investigación realizada la mayoría de los escolares obesos pertenecían a edades de 7 a 8 años donde predomino el sexo masculino.

Los antecedentes familiares contribuyen en la aparición de obesidad en los escolares.

La alimentación fuera del hogar y frecuencia tiene mucho que ver en el desarrollo de obesidad en los escolares.

El déficit de actividad física influye de forma significativa en la excesiva ganancia de peso.

Se pudo observar que el estrato socioeconómico tiene mucha importancia en el riesgo de obesidad infantil.



RECOMENDACIONES

- Establecer en las instituciones programas educativos, acerca del impacto de la obesidad tanto en países industrializados como también en países en desarrollo.

- Incluir en el pensum de educación escolar la importancia de la nutrición.

- Orientar a los padres y representantes en el mantenimiento adecuados estilos de vida saludables

- Reducir las conductas sedentarias (limitar las horas frente al televisor, computadoras y video juegos) e incrementar las actividades físicas programadas, recreativas al aire libre en los escolares según los parámetros para cada grupo etario.

- Realizar evaluaciones médicas para el despistaje de obesidad y sobrepeso en niños con antecedentes familiares de enfermedades endocrinas metabólicas.

- Realizar control sucesivo nutricional a niños que acudan a las consultas primaria y especializada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-. Guzmán, M.C. 2008. Obesidad y Autoestima. Invest Clín [Serie en Línea] **13**:1-11. Disponible: www.um.es/eglobal/ [Noviembre 2008].
- 2-. Arteaga, A. 2000. Cambios en el déficit de la talla de los preescolares en Población rural mexicana. Invest Clín [Serie en Línea] **2**. 302-305. Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Noviembre 2008].
- 3-. OPS. 2003. Alarma por la epidemia mundial de obesidad [En Línea] Disponible: <http://www.larepublica.com.uy/mundo/104345-alarma-por-la-epidemiamundial-de-obesidad> [Noviembre 2009].
- 4-. OPS. 2006. OPS lanza nuevo sitio web contra la obesidad y por una alimentación saludable [En Línea] Disponible: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=8389> [Noviembre 2009].
- 5-. Varo, J. 2000. Prevalencia de la obesidad en Europa. Invest Clín [Serie en Línea] **1**:1-10. Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Octubre 2009].
- 6-. Hall, T. 2006. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de Culiacán, Sinaloa. México. Invest Clín [Serie en Línea] Disponible: <http://www.nihcn.org/childobesityoverview.pdf> [Octubre 2009].
- 7-. Solano, L. 2003. Patrón de lípidos en preescolares de bajos recursos Socioeconómicos (Valencia, Venezuela). Invest Clín [Serie en Línea] **53**(4). Disponible:



- <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0001-55042003000400004&ing=es&nrm=iso> [Noviembre 2008].
- 8-. Solano, L. 2005. Situación nutricional de escolares y adolescentes de Valencia, Carabobo, Venezuela. Invest Clín [Serie en Línea] **18** (1) Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Noviembre 2008].
- 9-. Rodríguez, T. 2008. Un caso de síndrome de prader willi reportado en congreso Científico de la UDO. El progreso. Cuerpo U. 01-11 p 37.
- 10-. Juiz, C. 2002. Obesidad y nivel socio- económico en escolares y adolescentes de la salta. [Serie en Línea] Disponible: http://www.sap.org.ar/statpfiles/archivo/2002/arch02_5/360.txt [Diciembre 2009]
- 11-. Martínez, J. 1999. Causas de la Obesidad. Invest Clín [Serie en Línea] **25**(3) Disponible: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol25/sup1/suple3a.html> [Octubre 2009].
- 12-. Barbany, M. 1996. Obesidad: concepto, clasificación y diagnostico. Invest Clín [Serie en Línea] **25** (2) Disponible: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol25/sup1suple2a.html> [Octubre 2009].
- 13-. Forga, L. Complicaciones de la obesidad. Invest Clín [Serie en Línea] **25**(12) Disponible: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol25/sup1suple2a.html> [Octubre 2009].



- 14-. Montero, J. 1996. Tratamiento integral de la obesidad. Invest Clín [Serie en Línea] **25** (16). Disponible: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/texto/vol25/sup1/suple_16a.html [Octubre 2009].
- 15-. Ávila, A. 1996. Encuesta de alimentación y nutrición en el medio rural. Invest Clín [Serie en Línea] Disponible: www.um.es/eglobal/ [Noviembre 2009].
- 16-. Vidal, M. 2005. Obesidad y educación escolar. Invest Clín [Serie en Línea] Disponible: <http://www.educaweb.com/noticia/2005/10/10/obesidad-educacion-escolar-23244.html> [Octubre 2009].
- 17-. Martínez, I. 1998. Perfil antropométrico y Prevalencia de sobrepeso de los Escolares de ubrique. Cádiz. Invest Clín [Serie en Línea] **72** (4) Disponible: <http://www.scielo.cl/scielo.php> [Noviembre 2008].
- 18-. Hidalgo, F. 2005. Prevalencia de obesidad en Ceuta. Estudio PONCE 2005. Invest Clín [Serie en Línea] Disponible: <http://www.scielo.isciii.es/cielo.php?pid=s021216112007000600010&script=sciarttext> [Noviembre 2005].
- 19-. García, T. 2008. Prevalencia de la obesidad infantil en un grupo de la población Escolar de 6 a13 años en la ciudad de México. Invest Clín [Serie en Línea] **75** (2): 109-116. Disponible: <http://www.imbiomed.com.mx> [Noviembre 2008].



- 20-. Ramos, M. 2006. Obesidad en la población escolar y la relación con el consumo de comida rápida. Invest Clín [Serie en Línea] **15** (55). Disponible: <http://www.scielo.org.br>. [Noviembre 2008].
- 21-. Bejarano, I. 2005. Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y Desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. Invest Clín [Serie en Línea] **103** (2) .Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Noviembre 2008].
- 22-. Marques, L. 2006. Patrones alimentarios y su relación con sobrepeso y obesidad En niños chilenos del nivel socioeconómico medio alto. Invest Clín [Serie en Línea] **56** (2) Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Noviembre 2008].
- 23-. Loaiza, S. 2006. Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año Básico de punta arenas. Invest Clín [Serie en Línea] **77** (1); 20-26. Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Noviembre 2008].
- 24-. Eyzaguirre, F. 2005. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños que se controlan en pediatría ambulatoria en clínica los condes. Invest Clín [Serie en Línea] **72** (2); 143-149 Disponible: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062005000200004&acript=sciarttext> [Noviembre 2008].
- 25-. Cáceres, J. 2007. Situación nutricional de escolares. Unidad educativa Santiago Mariño, municipio Linares Alcántara Estado Aragua. Invest Clín [Serie en Línea] **5** (1) Disponible: <http://www.scielo.org.br> [Noviembre 2008].



- 26-. Méndez, H. 2008. Medicina Familiar | Nivel socio económico familiar. Disponible: [www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798.medicinafamiliar.wikiol.com/Nivel+socio+econ%C3%B3mico+familiar método de graffar](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798.medicinafamiliar.wikiol.com/Nivel+socio+econ%C3%B3mico+familiar+m%C3%A9todo+de+graffar). [Enero 2010]
- 27-. Efydep. 2008. Peso y talla. **65**. Disponible: http://www.efydep.com.ar/ed_fisica/test/peso_y_estatura.htm [Enero 2010]
- 28-. Velásquez, M., Villalobos, L., Manjanero, N., De Valera, L., Maulino, N., De Blanco, M., et al. 2003. Obesidad en niños y Adolescentes. Experiencia de los servicios de Endocrinología pediátrica del Hospital de niños “JM de los Ríos”. Arch venez pueric pediater. [Serie en línea] 66 (3):23-29. Disponible: <http://www.dynabizvenezuela.com/images/ID3749/siteinfo/volumen/.203.pdf> [Febrero 2010].
- 29-. Granado, M. 2008. Obesidad, sobrepeso y algunos factores de riesgo relacionado en escolares del 4to grado de la unidad educativa María Ledezma del Ujano y el colegio independencia. Trabajo de grado. Dpto. de Puericultura y pediatría. Escuela de ciencia de la salud. Lara. UCLA.pp40 (Multígrafo).
- 30-. Buhring, K., Oliva, P., Bravo, C. 2009. Determinación experimental de la conducta sedentaria en escolares. Rev. Chil. Nutr. [Serie en línea] **36** (1): 23-30. Disponible: http://www.scielo.el/pdf/rch_nut/v36n1/artos.pdf. [Febrero 2010]
- 31-. Azcona, C., Romero, A., Bastero, P., Santamaría, E. 2005. Obesidad Infantil. Rev. Esp. Obes. **3** (1): 26-39. [Febrero 2010]



- 32.- Dura- Trave, T., Sánchez-Valverde, F. 2005. Obesidad infantil: ¿Un problema de educación individual, familiar o social? [Serie en línea] .Acta Pediatr Esp **63**:204-207. Disponible: [http://www. Gastroinf.com/ seccinutri/ OBESIDAD. Pdf.](http://www.Gastroinf.com/seccinutri/OBESIDAD.Pdf) [Febrero 2010]



ANEXO



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Prevalencia de Obesidad en Escolares que asisten al Ambulatorio. La sabanita.

Diciembre 2009 – Febrero 2010.

Método de Graffar:

1.- Profesión del Jefe de la Familia:

- 1.- Universitario.
1. Técnico.
2. Empleado sin profesión(dueños de negocios, Secretarios)
3. Obrero especializado (chofer, pintor, pescador, etc....)
4. Obrero no especializado (buhonero, domestica, etc....)

2.- Nivel de Instrucción de la Madre:

1. Universitaria.
2. Secundaria Completa/técnico superior.
3. Secundaria Incompleta.
4. Primaria/alfabeta.
5. Analfabeta.

3.-Fuente de Ingreso Familiar:

1. Fortuna heredada ó adquirida.
2. Honorarios Profesionales.
3. Sueldo mensual.



4. Salario Semanal.
5. Donaciones públicas ó Privadas.

4.-Condición de la Casa.

1. Vivienda de Lujo.
2. Vivienda Espaciosa, No Lujo.
3. Vivienda reducida (Zona Residencial).
4. Vivienda con Deficiencias Sanitarias.
5. Rancho.

Puntaje:

4-6	Estatus I	Alto
7-9	Estatus II	Medio Alto
10-12	Estatus III	Medio Bajo
13-16	Estatus IV	Obrero
17-20	Estatus V	Marginal



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Prevalencia de Obesidad en Escolares que asisten al Ambulatorio. La sabanita.
Diciembre 2009 - Febrero 2010.

CUADROS DE PERCENTILES DE PESO Y TALLA EN NIÑOS (AS).

Percentiles de peso de niñas (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	15.75	16.95	18.20	20.20	22.60	24.95	27.30	3.51
7	17.50	18.80	20.10	22.80	25.50	28.50	31.40	4.27
8	19.80	20.95	22.80	25.75	29.00	32.70	36.00	5.10
9	21.90	23.75	25.90	29.00	33.15	37.45	41.00	5.82
10	24.55	26.55	29.10	32.98	37.60	42.45	46.60	6.71
11	26.30	29.15	32.75	37.50	42.60	46.00	50.55	
12	29.16	33.25	37.30	42.35	46.15	50.15	54.10	

Percentiles de peso de niños (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	16.60	17.42	19.08	20.71	22.85	24.85	27.70	3.75
7	18.75	19.65	21.42	23.20	25.80	28.35	31.40	4.24
8	20.93	21.75	23.75	26.08	29.08	32.01	35.60	4.94
9	23.09	24.35	26.30	29.02	32.20	36.00	40.10	5.55
10	25.18	26.68	29.10	32.14	36.35	40.50	45.08	6.40
11	27.45	29.18	32.00	35.80	40.85	45.61	50.51	7.32
12	30.10	32.00	35.35	39.32	46.45	51.50	57.50	8.41



Percentiles de estatura de niñas (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	105.60	107.30	110.30	113.80	117.20	120.30	122.20	5.11
7	110.60	112.60	115.80	119.50	123.10	126.40	128.40	5.41
8	115.30	117.40	121.00	124.90	128.80	132.40	134.50	5.84
9	119.70	122.00	125.80	130.10	134.40	138.20	140.50	6.32
10	123.60	126.10	130.40	135.10	139.80	144.10	146.60	6.99
11	129.00	131.80	136.50	141.80	147.00	151.80	154.60	7.78
12	135.40	138.60	143.90	149.90	155.80	161.20	164.40	8.81

Percentiles de estatura de niños (6 a 12 años)

EDAD	5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°	DS
6	107.80	109.50	112.10	115.10	118.10	120.70	122.40	4.44
7	113.10	114.90	117.70	120.90	124.10	126.90	128.70	4.74
8	118.10	120.00	123.00	126.60	129.80	132.80	134.70	5.05
9	122.60	124.70	127.90	131.60	135.30	138.60	140.60	5.45
10	126.30	129.10	132.10	136.60	140.60	144.20	146.40	5.93
11	130.40	133.10	136.90	141.40	145.80	149.70	152.10	6.59
12	134.60	137.30	141.70	146.80	151.80	156.20	159.10	7.43



APENDICE



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**Prevalencia de Obesidad en Escolares que asisten al Ambulatorio. La sabanita.
Diciembre 2009 – Febrero 2010.**

ENCUESTA A PADRES Y REPRESENTANTES

1.- ¿Existe en su familia alguna persona con obesidad?

a) Si ____

b) No ____

2.- De ser positiva su respuesta. Diga cual de los siguientes miembros es:

a) Abuelos paternos ____

b) Padres ____

c) Tíos paternos ____

d) Abuelos maternos ____

e) Madre ____

f) Tíos maternos ____

3.- ¿Con que frecuencia consume su hijo comidas rápidas (comidas de la calle)?

a) Una vez a la semana ____

b) Dos veces a la semana ____



c) Tres veces a la semana ____

d) Cuatro veces a la semana ____

4.- En caso de ser afirmativo, mencione que tipo de alimento consume:

a) Perro caliente ____

b) Hamburguesa ____

c) Frituras (empanadas, pastelitos, etc) ____

d) Pollo ____

e) Refrescos _____

5.- ¿Realiza su hijo alguna actividad?

a) Si _____

b) No _____

6.- De ser positiva la respuesta anterior diga ¿cual de estas es?

a) Juega pelota _____

b) Ver la TV _____

c) Dormir _____

d) Practica algún deporte _____

e) Otras especifique _____



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Prevalencia de Obesidad en Escolares que asisten al Ambulatorio La sabanita.

Diciembre 2009 - Febrero 2010.

Nombres: _____

Fecha

Día	Mes	Año

Apellidos: _____

Edad: _____

Fecha de

Día	Mes	Año

Nac:

M	F

Genero

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

PESO	
TALLA	
IMC	



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Prevalencia de obesidad en escolares que asisten al Ambulatorio La Sabanita. Diciembre 2009- Febrero 2010
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Páez España, Zaida Natacher	CVLAC: 18.623.267 E MAIL: Zaida_paez@hotmail.com
Rodriguez Muttach, Maritza Sugey	CVLAC:15.638.962 E MAIL: Maritza_Muttach@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Prevalencia, Obesidad, escolares, sobrepeso.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Pediatría	Puericultura y pediatria

RESUMEN (ABSTRACT):

La obesidad es un problema de salud creciente que afecta cada vez más a niños en el mundo sin importar género, grupo étnico o nivel socioeconómico. El propósito de este estudio fue determinar la Prevalencia de obesidad en escolares que asistieron al ambulatorio la Sabanita durante los meses Diciembre 2009 a febrero 2010. La investigación realizada fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra quedó constituida por 70 niños, de los cuales 38 de sexo femenino y 32 de sexo masculino, con rango de edades entre 7 a 12 años. A cada niño se le determinaron las medidas antropométricas y se les realizó una encuesta tipo cuestionario a los padres y representantes donde se recolectaron datos personales, antecedentes familiares y la alimentación de acuerdo a su estilo de vida. Encontrándose 7,2% de los niños con sobrepeso y 42,9% con obesidad, de los cuales el 56,7% eran masculinos y 43,3% eran femeninos. El 66,7% tenían antecedentes familiares positivos, existiendo una estadística significativa. El 36,8% se alimenta fuera del hogar 3 veces a la semana, 26,3% 2 veces, 21,1% 4 veces y 15,8% 1 vez. El 73,6% de los niños comen perro caliente y frituras, 21,1 % hamburguesa y 5,3% pizza. Las conductas sedentarias estaban presentes en 73,3%. El 50% de los escolares pertenecen al estrato social III, 40% al estrato social IV y 10% al estrato social V. Los resultados obtenidos demuestran que existe una gran Prevalencia de escolares obesos debido a factores externos.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Raiza del Carmen, Freires Guillen	ROL	CA	AS	TU x	JU
	CVLAC:	5.550.959			
	E_MAIL	Raizafreires@hotmail.com			
	E_MAIL				
Rita Josefina, Pérez Campos	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	9.821.267			
	E_MAIL	Rita98_perez@hotmail.com			
	E_MAIL				
Jesus Jose, Romero Castro	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	5.690.955			
	E_MAIL	Jesusfre@gmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2010	04	14

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Prevalencia de obesidad en escolares que asisten al Ambulatorio La Sabanita.Doc	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL Dpto de Pediatría del Ambulatorio la Sabanita Ciudad Bolívar Edo Bolívar

TEMPORAL: 10 Años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciado en enfermería

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Enfermería

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.
“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.


AUTOR

Páez E, Zaida N


AUTOR

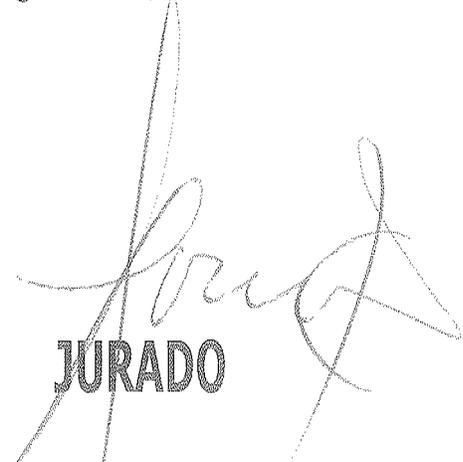
Rodríguez M, Maritza S


TUTOR

Msgs. Raíza Freires


JURADO

Dra. Rita Pérez


JURADO

Dr. Jesús Romero

POR LA SUBCOMISION DE TESIS